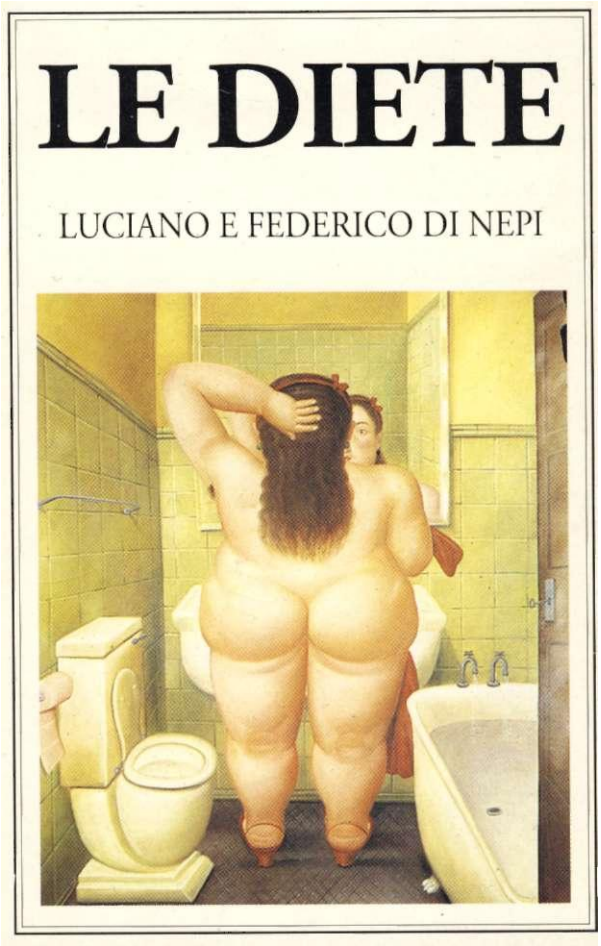
ENCICLOPEDIA TASCABILE



TASCABILI ECONOMICI NEWTON

VISIT…

IL SAPERE
ENCICLOPEDIA TASCABILE NEWTON
diretta da Roberto Bonchio

Il sapere è un'enciclopedia scomponibile che, rispondendo a un diffuso bisogno di conoscenza, si propone di offrire al lettore volumetti agili, economici, dal linguaggio facilmente accessibile, scritti da docenti universitari e autorevoli esperti italiani e stranieri. ***Il sapere*** si suddivide in sette sezioni, ognuna contraddistinta da un colore diverso: scienze umane, politica economia diritto, scienze tecnologia medicina, società ambiente vita pratica, arte letteratura linguistica, storia archeologia geografia, comunicazione e spettacolo.

Sezione di società ambiente vita pratica

LUCIANO E FEDERICO DI NEPI
LE DIETE

Nutrirsi bene è garanzia di buona salute. Una dieta corretta, equilibrata non serve solo ad acquistare un aspetto più gradevole ma soprattutto a vivere meglio e più a lungo. Purtroppo, ai giorni nostri, assistiamo a un proliferare di riviste, opuscoli, trasmissioni in cui questo argomento viene trattato per lo più in modo approssimativo e superficiale. Con questo volume gli autori hanno inteso sgombrare il campo da pregiudizi e idee sbagliate, cercando di fornire al lettore alcune informazioni-base sui princìpi che regolano una sana alimentazione ed offrire un serio orientamento a chi vuole intraprendere una dieta.

Luciano **di** Nepi, laureato in medicina a Roma, ha proseguito gli studi negli Stati Uniti come borsista Fullbright per la medicina interna presso il Brooklyn Jewish Hospital e Mount Sinai di New Yotk. Esercita in Italia dal 1958 come internista e dietologo.

Federico **di** Nepi, laureato in medicina, si occupa di osteopatia, chirurgia plastica e ricostruttiva.

Questa collana è stampata su carta ecologica, quale contributo alla salvaguardia dell'ambiente.
Distribuzione edicole A.Pieroni - Milano

Luciano e Federico di Nepi

Le diete

Tascabili Economici Newton

Indice

p. 9 Premessa

10 Sovrappeso e obesità clinica
10 **Obesità iperplastica e obesità ipertrofica**

14 Iniziare una dieta? Gli ostacoli
14 **Gli ostacoli maggiori**
17 **Il coniuge**
18 **Gli amici**
19 **I genitori**
19 **Perché cominciare una dieta?**
20 **Malessere psichico**
21 **Problemi di abbigliamento**
22 **Piacere al proprio partner**
22 **Malessere fisico e stato generale di salute**
23 **Posto di lavoro e pubbliche relazioni**

24 Condizioni favorevoli e sfavorevoli all'inizio di una dieta
27 **Motivi di insuccesso**
28 **Umore-cibo**
32 **Motivi di insuccesso**
32 **Motivi trappola**
34 **Le ricadute, cioè il dopo dieta**

35 L'obesità in rapporto con il corpo umano
35 **Approccio clinico al paziente obeso**
38 **Ritenzione di liquido**
40 **Il diabete**
41 **Intolleranza ai carboidrati**
43 **Stipsi**
44 **Note di fisiologia e patologia glandolare**
46 **Mestruazioni**

p. 47 **La tiroide**
49 **Istruzioni per la registrazione della temperatura basale del corpo, del peso e dell'umore**

54 Distribuzione patologica del peso
56 **Cellulite**
59 Strategie dietetiche
59 **Cos'è la caloria**
61 **Principi base di dietetica applicata**
63 **Alimenti-base: proteine, zuccheri, grassi**
65 **Regole base per chi vuole perdere peso**

68 Conclusioni
70 **Consigli pratici**
73 **Avvertenze generali**
75 **Metabolismo basale**
81 **Dieta da 1000 a 1900 calorie**
92 **Dieta urto**
93 **Fine dieta e mantenimento**
95 **Attività fisica**

Premessa

Si parla spesso di «dieta» sulla stampa e nei mass media, in modo corretto ma a volte in modo approssimativo e scorretto. Dopo quarant'anni di esperienze nel campo ritengo di potere a pieno titolo fare il punto della situazione. Quanti dei miei lettori sanno cosa è una caloria? Cos'è un disturbo alimentare psicogeno? Medicine sì o medicine no? Consigliare una dieta è un fatto medico, è l'equivalente di una prescrizione su ricetta. La dietologia è stata considerata, e lo è tuttora, una miniera d'oro, un vero e proprio «Eldorado», specie purtroppo da persone di pochi scrupoli e soprattutto da non medici. Il nucleo di coloro che si preoccupano per il peso è formato da uomini e donne fra i 30 e i 50 anni che hanno «crisi di rapporto». Il peso è diventato un'ossessione con indubbio riferimento più all'interesse per il sesso che a un reale interesse per lo stato di salute. Il 50% delle donne e il 34% degli uomini è in sovrappeso. Alla verifica medica solo il 30% delle donne e il 23% degli uomini risulta però in effettivo sovrappeso; è evidente il divario tra il «pensarsi grassi» e «l'essere grassi».

Non esiste una dieta eguale per tutti anche se gli alimenti sono i medesimi: la dieta è un mosaico da comporre caso per caso, su carta intestata e con tanto di firma del medico che si assume la completa responsabilità di quanto consigliato. Il mio obiettivo è dare un serio orientamento a chi abbia realmente bisogno di intraprendere una dieta, spiegando come ci si debba comportare prima di sottoporsi a sacrifici alimentari e finanziari.

Il seguente testo è stato scritto in collaborazione con mio figlio Federico, giovane medico, a cui passo un pallone, non facile, da mettere nel canestro.

LUCIANO DI NEPI

Sovrappeso e obesità clinica

Sia il sovrappeso che l'obesità sono malattie ed entrambe sono passibili di controllo, ma raramente, solo molto raramente, di guarigione clinica nel senso pieno della parola. Questo non deve però scoraggiare il lettore o indurlo a credere che sia difficile arrivare a un buon risultato e quindi molto vicino alla guarigione: anche se devo ammettere che in questo specifico campo le nostre conoscenze e terapie hanno ancora molte limitazioni. Penso che tale problema vada affrontato con la serietà specifica della professione medica, come tutte le altre malattie, usando ogni possibile mezzo diagnostico e terapeutico che la scienza a mano a mano viene affinando. Tra i miei pazienti obesi, percentualmente, il rapporto uomo-donna era ed è di circa 10 a 2. Il rapporto successo-insuccesso nell'affrontare il problema è molto diverso nel sesso maschile. Su cento casi-donna trattati (e per campione ho scelto l'età dai 10 ai 65 anni) i successi erano e sono il 40%, i risultati discreti il 25%, gli insuccessi il 35%. Nel sesso maschile invece, con la stessa campionatura, i successi si aggirano intorno al 60%, i risultati discreti il 20%, gli insuccessi intorno al 20%. Ci sono, infatti, fondamentalmente due modi per gli esseri umani di ingrassare: obesità iperplastica e obesità ipertrofica.

Obesità iperplastica e obesità ipertrofica

Da solo il lettore può stabilire a quale delle due categorie appartiene: è questo un dato fondamentale prima di intraprendere qualsiasi alimentazione controllata.

L'obesità iperplastica: consiste nell'aumento del numero delle cellule adipose presenti nel corpo. Questa disfun-

zione può essere acquisita nella vita intrauterina, durante l'infanzia, oppure anche durante l'età puberale. Vengono considerati obesi iperplastici coloro che superano di oltre 15 chili il peso considerato normale.

L'obesità ipertrofica: consiste nell'ingrandirsi delle cellule di grasso presenti nel corpo, ma senza che il loro numero aumenti. L'obesità ipertrofica induce aumenti di peso in maniera comunque minore rispetto alla precedente, dai 10 ai 15 kg al massimo, sempre partendo dal peso considerato normale per il soggetto in esame. E stato condotto abbastanza recentemente un esperimento su uomini magri nutriti per sei mesi a 8000 calorie nelle 24 ore (un pranzo di Natale completo, tanto per intenderci), con un aumento di peso medio tra gli 8 e i 15 kg per soggetto. Si è trovato che l'eccesso di grasso si era depositato nelle cellule adipose che avevano aumentato solo la loro dimensione ma non il loro numero. Interrompendo l'alimentazione forzata, i soggetti sono rientrati nel loro peso normale con il processo inverso, cioè riducendo la dimensione ma non il numero delle cellule adipose. L'aumento medio di peso da 8 a 15 kg è inferiore comunque al numero delle calorie consumate quotidianamente. Infatti occorrono circa 5000 calorie per ogni mezzo chilo di grasso, e quindi un eccesso calorico di 5000 calorie al giorno avrebbe dovuto provocare un aumento medio di peso di circa mezzo chilo ogni ventiquattro ore; quindi 3 chili e mezzo a settimana, cioè 24 chili e mezzo in un mese e perciò 147 chili nei sei mesi!!! Dall'esperimento precedente emergono subito due importanti considerazioni e cioè: 1. La caloria in se stessa (tornerò poi su questo argomento più dettagliatamente) non è un indice valido per calcolare l'aumento di peso; 2. Ci sono soggetti che non aumentano di peso in dipendenza di quello che mangiano. Quindi, per concludere, *una persona che non sia geneticamente programmata per divenire obesa, quella cioè che non aumenterà il numero delle cellule di grasso, non diventerà mai gravemente obesa pur mangiando quanto cibo vorrà.* Perciò la tendenza all'obesità deve oggi essere vista sotto il profilo genetico-ereditario e anche da quello dell'ambiente familiare, cose entrambe estremamente impor-

tanti. Più giovane è l'età in cui si diviene obesi, e più il problema sarà grave da controllare in seguito: una volta che si sia scatenato questo meccanismo perverso, non vi sono più limiti al peso che si potrà raggiungere nella vita futura. Ma, tornando all'origine genetica del grasso, sappiamo che se uno dei genitori è obeso, il soggetto ha il 40% di probabilità di diventarlo. Se entrambi i genitori sono grassi, le probabilità passano dal 40% all'80% e anche di più. In questa eredità, poi, la predisposizione nelle femmine è circa del 50% maggiore che nei maschi. Quindi è necessario fare attenzione al problema già dai primi anni di vita. La pubertà è un altro periodo cruciale, specie nelle femmine, per il rischio di aumentare il numero di cellule di grasso e quindi restare obese iperplastiche per il resto dell'esistenza. Per tranquillizzare i genitori, molti medici usano una frase ricorrente: «Allo sviluppo le cose si aggiusteranno da sole». Allo sviluppo le cose, nella maggioranza dei casi, non si aggiustano affatto. Solo esami accurati sapranno dire se veramente il caso potrà risolversi o meno allo sviluppo, esami che quasi mai vengono eseguiti. I casi che con lo sviluppo non si risolvono sono purtroppo la maggioranza: si trasformeranno in obesità più o meno croniche, quando ancora un intervento mirato in epoca giusta avrebbe potuto risolverli. La seconda categoria di pazienti va dai 18 ai 40 anni, la terza dai 40 in su. Questa suddivisione è fatta solo per il lettore, per facilitargli la comprensione di quanto segue nello svolgimento dell'argomento. Nella seconda categoria, cioè dai 18 ai 40 anni, si vedono ancora più chiaramente le differenze di motivazione, le differenze sociali, le drammatiche esigenze fisiche e psichiche che conducono i pazienti a rivolgersi al dietologo. La categoria più penalizzata dall'obesità è comunque la donna che, come vedremo, risulta essere la più colpita in tutti i sensi da questa malattia. Ho già detto della facilità con la quale gli uomini perdono peso una volta che abbiano deciso di farlo, facilità che è più che doppia nei confronti della donna: non solo, ma i risultati vengono mantenuti molto più agevolmente che non nell'altro sesso e con sacrifici molto minori. Mi sono chiesto in passato, a un certo punto della mia professione, per quale motivo avessi più

pazienti donne che uomini. La risposta a questo quesito è che per un uomo è semplice perdere peso, tranne nei casi nettamente patologici che sono la minoranza. Basta che un uomo elimini o riduca, ad esempio, i farinacei ed elimini gli alcolici dalla sua alimentazione che il peso scenderà con una rapidità vertiginosa. Per le donne invece tutto questo non avviene e il risultato si deve conquistare con lunghe, tediose e frustranti diete, spesso complicate e con risultati il più delle volte incerti, per non dire addirittura deludenti. *La donna è assolutamente diversa dall'uomo per quanto riguarda questo problema.* Ha abitudini nettamente differenti nei confronti del cibo e dell'esercizio fisico, con grossi intoppi nel ciclo mestruale, nella gravidanza e nella menopausa, nella società che la circonda e nella famiglia, con ormoni che si alterano ciclicamente e via di seguito. Il *problema obesità nella donna dev'essere trattato in modo totalmente diverso e richiede un approccio infinitamente più differenziato.* La terza categoria dei pazienti, dai 40-45 anni in su, presenta tutti i problemi legati alle malattie che con il peso sono strettamente connesse. Qui la classe medica diviene più sensibile e attenta, ma quanto tempo si è perso! Il peso di per sé può non essere una malattia a questa età, o perlomeno lo è in modo minore, avendo il soggetto, almeno in parte, superato tutti gli handicap sociali, affettivi, lavorativi, ecc., e viene quindi vissuto con un atteggiamento diverso, meno drammatico. Ma *l'obesità crea malattie:* il cuore, la pressione, le ossa, le vene, le arterie, il fegato risentono enormemente del sovrappeso. Tutto l'organismo ne viene coinvolto, talora in modo grave, e le analisi rivelano bene questo stato di cose. Particolarmente rilevante è l'incidenza del diabete. In effetti è statisticamente accertato che i due terzi delle persone obese, a una certa età, o sono diabetici o lo diventeranno in breve volgere di tempo. Il problema estetico, che poteva essere presente nella seconda categoria di pazienti, diventa allora meno importante: a questa età diminuire il peso diviene un imperativo categorico. La vita si abbrevia in maniera direttamente proporzionale all'aumento del peso nei confronti di quello che si aveva a 18 anni.

Iniziare una dieta? Gli ostacoli

Gli ostacoli maggiori

Il primo medico che la donna incontra sulla sua strada dopo il pediatra è il ginecologo, il quale non è affatto interessato al problema peso, se non in funzione del parto. Infatti ogni buon ginecologo sa che una donna pesante ha un parto difficile e che la maggioranza delle gravidanze di donne obese finisce in parto cesareo, per non parlare poi delle complicazioni da eclampsia, cioè ipertensione, albuminuria che possono complicare la fine della maternità. Per bene che vada il ginecologo si limita a ridurre l'alimentazione della donna in gravidanza con vaghi consigli e talora qualche diuretico, scoraggiando l'assunzione di qualsiasi medicinale che «potrebbe agire sul feto». Il parto cesareo è la prima conseguenza. Quante volte ho raccomandato ad alcune mie giovani pazienti di fare attenzione alle future maternità che le avrebbero condotte, qualora non avessero controllato il peso, appunto al cesareo!

Da molti anni, praticamente da quando mi sono dedicato a questa branca della medicina, ho osservato che l'aumento della fertilità era maggiore a causa della perdita di peso. Quando una donna deve, in età feconda, seguire una dieta con medicinali, io sono sempre attento nel prescrivere, proprio per evitare problemi, medicine che possano, anche se solo per sospetto, creare problemi al nascituro. E questo *prima*, e non *dopo* il concepimento. La maggior parte degli internisti considera al di sotto della loro dignità dare consigli di dietetica. C'è un tipo di medico, che io chiamo «superpuro», che non crede a nessun tipo di medicinale e tende ad agire, con discorsetti più o meno banali, solo sulla volontà, cosa ben applicabile all'uomo come ab-

biamo visto. Le analisi di laboratorio sono in ordine? Benissimo, allora anche il paziente sta bene. Esistono poi fra i medici i cosiddetti «puri convertiti», che hanno riempito per lunghi periodi i pazienti con anoressizzanti, diuretici, e Dio solo sa quali altri pasticci, ma poi per ragioni personali, molto spesso sconosciute, fanno una brusca inversione e sparano a zero sulle cose che sino al giorno prima avevano sostenuto. Ma veniamo ora ai dietologi, cioè a coloro che circoscrivono la loro professione al trattamento dell'obesità. Quasi tutti hanno un buon successo professionale ed economico, proprio per colpa del medico di famiglia o del pediatra o dell'internista che hanno evitato accuratamente o minimizzato il problema. I pazienti che vengono nel mio studio molto raramente vengono inviati dal proprio medico curante; recentemente vi è stata un'inversione di tendenza, dovuta anche al fatto che per deontologia, il medico di famiglia deve essere sempre tenuto al corrente di eventuali trattamenti su un suo paziente, che egli conosce meglio di me. Io sono stato eletto «dietologo» dai miei pazienti, ma non occorre oggi una speciale scuola o un *training* particolare per diventarlo. Si può cominciare, come ho fatto io, come internista (e per fortuna lo sono rimasto). Ma conosco ginecologi, chirurghi, urologi, ecc., che per risollevare le sorti di una languente pratica privata si sono trasformati troppo rapidamente in dietologi. A riprova di questo, perlomeno il 50% dei pazienti che visito sono reduci da uno o più tentativi di trattamento dietetico, e il numero dei pazienti che hanno già fatto trattamento è andato via via aumentando. Il numero dei dietologi è in crescita, ma non sempre purtroppo la quantità è sinonimo di qualità. Dico questo non per erigermi a giudice, ma per un'autocritica fatta prima di tutto a me stesso; in altre parole, ammesso e non concesso che io sia tra i cosiddetti buoni (e questo lo possono giudicare solo i pazienti), il mio discorso ha come scopo di stimolare i buoni a diventare migliori e i cattivi a diventare almeno buoni. La cosa è un po' utopica, ma il fine che mi propongo è quello di essere sempre più utile a chi ha necessità e urgenza di tornare ad un peso normale. Comunque, prima di affidarvi ad un «dietologo», controllate quanto segue:

1. *Lo studio del medico:* non deve mai dare un'impressione di provvisorietà.

2. *Controllare la laurea* e l'Università che l'ha rilasciata ed eventuali specializzazioni.

3. *Lo studio del medico non è un mercato,* quindi non vi dev'essere alcuna vendita di prodotti sotto banco, se non per casi particolarissimi di farmaci non reperibili in Italia; diffidare assolutamente di chi vende prodotti di bellezza (la cosa non è infrequente).

4. *L'anamnesi,* cioè la vostra storia clinica (familiare, le malattie avute, le operazioni, precedenti parti, ecc.). Se questo è stato fatto da una segretaria, cosa del resto possibile, il medico deve ridiscuterne con voi per i dettagli eventualmente sfuggiti al personale dello studio.

5. *La visita:* non deve prendere necessariamente mezzo pomeriggio, ma almeno mezz'ora, dopo l'anamnesi naturalmente. Peso, altezza, pressione, controllo cardiocircolatorio, torace, tiroide, addome, esame neurologico, esame del seno se è oltre un anno che non è controllato (mi è capitato diverse volte di trovare dei noduli per caso), ecc.

6. *Esami clinici:* torace, elettrocardiogramma, specie dopo i 30 anni, esame del sangue accurato e mirato al caso, *Pap test* se è oltre un anno che non è stato eseguito. Se non avete portato al medico questi esami già fatti da voi in precedenza ed egli non ve li richiede, domandategliene il perché. Il cosiddetto occhio clinico spesso rivela delle forti miopie.

7. *La dieta:* può essere discussa con la segretaria oppure spiegata dalla dietologa dello studio, ma se avete bisogno del medico egli deve ricontrollarla con voi e spiegarla ancora più dettagliatamente. Verificate che non sia uno stampato uguale per chi è venuto prima di voi e per chi verrà dopo.

8. *Medicinali:* dovete sapere dettagliatamente di cosa si tratta. Dovete conoscere il nome, l'azione, gli effetti collaterali e il motivo per cui vi sono stati prescritti. A meno che non esistano malattie collaterali all'obesità (curate con medicine collaterali ovviamente), per seguire una buona dieta con ottimi risultati, generalmente non si dovrebbero quasi mai superare le quattro compresse giornaliere.

9. *Iniezioni:* domandate di che genere sono e perché vi

sono prescritte. E se vengono fatte a studio dal medico, con un prezzo del prodotto diverso da quello della farmacia (generalmente sono gonadotropine), rifiutate decisamente. Si possono fare solo su indicazioni precise e a casa con un prezzo molto minore. Il buon medico-dietologo, o internista-dietologo che dir si voglia, non pratica mai trattamenti nello studio, se non per casi urgenti e non certo per l'obesità.

10. *Programma di visite:* generalmente con intervalli variabili da un minimo di due ad un massimo di quattro settimane nel periodo di trattamento intenso. Un controllo più frequente è possibile, ma solo in casi particolarissimi che non sono poi la maggioranza. Se al nuovo controllo non trovate lo stesso medico e la visita non è accurata (controllo di peso, pressione, cuore, addome), oppure trovate solamente una segretaria che vi pesa, siete proprio nel posto sbagliato. Voi avete bisogno di un medico e non di un dispensario di pillole o di una catena di montaggio. La soluzione del vostro caso può stare nelle medicine ma anche e soprattutto nell'aiuto e nel sostegno del professionista qualificato.

11. *Potete chiamarlo e parlare con lui* per problemi importanti? Questo è fondamentale. Le tariffe degli onorari sono in linea con quelle dell'Ordine dei Medici? Assicuratevi che il servizio ricevuto sia proporzionato alla parcella che avete pagato e che il dietologo vi conosca bene, che non siate per lui solo un numero o che dopo pochi giorni non abbia completamente dimenticato chi siete, il vostro caso e le medicine che vi ha prescritto.

Il coniuge

Molto spesso il marito non accompagna la moglie nel mio studio, oppure rimane fuori della porta, in sala di attesa, quasi sempre su richiesta della moglie stessa. Una gran parte del successo della cura è legata proprio alla presenza del coniuge e questo vale anche quando il paziente è il marito. Soprattutto nelle donne è frequente l'atteggiamento di venire nel mio studio in gran segreto, come se si recassero in un luogo peccaminoso. Devo altresì ammet-

tere che la collaborazione delle mogli nei confronti dei mariti è maggiore che non viceversa. La moglie è molto più interessata alla salute del marito, mentre nella maggior parte dei casi l'uomo, qualora collabori, è forse più interessato al lato estetico che non a quello salutistico della dieta stessa. Spesso il marito incomincia a fare obiezioni ai primi otto o dieci chili di aumento della moglie, generalmente dopo il matrimonio. Se anche la moglie ha un minimo di vanità, il gioco è fatto, questi sono proprio i casi che danno i risultati migliori e anche i più duraturi. Ma dato che abbiamo parlato di coppia e quindi di matrimonio, vediamo come quest'ultimo interagisce con il peso, quale sia il suo rapporto con l'ingrassamento. Donne e uomini affermano: «Fino al matrimonio ero normale». Il guaio sembra avvenire fra il secondo e il dodicesimo mese dopo il matrimonio stesso, anche indipendentemente da un'eventuale gravidanza. La causa è legata a una raggiunta (si fa per dire) tranquillità psicologica, a un miglioramento della qualità dei pasti, che corrisponde però quasi sempre a un eccesso nella quantità e a un aumento della sedentarietà della coppia. Se è una coppia di soggetti pigri, la pigrizia decisamente peggiora dopo il matrimonio. Se uno dei coniugi è pigro, trascina in questa pigrizia anche l'altro; ma solo raramente il coniuge attivo fisicamente riesce a coinvolgere quello non attivo. La coppia dinamica invece non conosce problemi; quindi il matrimonio può causare ingrassamento qualora aggravi situazioni sbagliate già preesistenti.

Gli amici

Anche questa categoria di persone può rappresentare una grave minaccia per chi abbia intenzione di mettersi a dieta. Se una dieta è impostata ragionevolmente, può essere rispettata anche in occasione di inviti. Una volta che si sia iniziata la dieta prescritta, e se ne siano capiti il meccanismo e la composizione, si potrà sempre scegliere ciò che si può e ciò che non si può mangiare fuori casa. È sempre difficile per chi sta a dieta far capire le proprie motivazioni a chi della dieta non ha bisogno. Un modo molto efficace

di mettere a tacere gli indiscreti (e sono tanti) è una battuta che io consiglio e cioè: «Stasera avete invitato me. Quando inviterete il mio stomaco fatemelo sapere prima, così io resterò a casa». Spesso, nei ricevimenti o nelle cene tra amici, capita che le persone s'improvvisino medici, sparando a destra e a manca consigli più o meno sensati. Gli amici sono inoltre pericolosi anche per un altro motivo: sempre durante le cene a un certo punto si parla di «dieta» per poi scivolare di regola sui medicinali, e qui succede un vero finimondo. Si copiano ricette più o meno efficaci, pensando che ciò che ha fatto bene a uno faccia bene a un altro.

I genitori

È un ostacolo, che almeno per quanto riguarda il nostro paese dura pressoché tutta la vita di una persona obesa. Nell'età pubere o pre-pubere è raro trovare una coppia di genitori che siano entrambi consenzienti a far curare l'obesità dei figli. Dopo l'età pubere, sino al matrimonio, i genitori esercitano ancora una pessima influenza sul soggetto. E debbo dire che in questo le madri sono peggiori dei padri. La madre ha sempre la sensazione che il «pargolo» sia poco nutrito, anche quando sia già decisamente obeso e abbia superato la trentina. Retaggio questo delle privazioni subite durante la seconda guerra mondiale, e di un concetto medievale in cui «grassezza fa bellezza», oppure «grasso è sinonimo di benessere finanziario e psichico».

Perché cominciare una dieta?

Uno dei lavori più difficili che debbo compiere nei confronti del paziente è proprio quello di capirne le motivazioni. A esse devo poi, correggendo, sovrapporre le mie. Un'analisi approfondita rivela che esistono anche motivazioni assolutamente inconsce. In età pre-pubere e nella pubertà, esse non sembrano evidenti e a prima vista si potrebbe pensare che i piccoli pazienti siano stati trascinati di peso (e quanto peso talora!) dal dietologo. Dico «sembrano», perché invece posso affermare che, se i genitori

lasciano parlare i ragazzi, vengono fuori motivazioni validissime. Bambini e bambine obesi trovano nell'ambiente sociale e scolastico ostacoli molto pesanti, dovuti principalmente al loro aspetto fisico. Un bambino obeso è pigro, si muove di malavoglia, rende male nel lavoro scolastico, è sonnolento; quando non lo è, spesso talora diventa aggressivo senza alcuna motivazione, per poi ripiombare nell'apatia.

Parliamo ora degli adulti: l'aspetto psicologico è uno dei più difficili di questo lavoro, che ha numerose sfumature. Le motivazioni che spingono gli adulti a sottoporsi a una dieta, in ordine di frequenza, sono le seguenti, almeno nella mia esperienza personale di studio.

1. Malessere psichico.
2. Problemi di abbigliamento.
3. Piacere al proprio partner.
4. Malessere fisico e stato generale di salute.
5. Problemi sul posto di lavoro e nelle pubbliche relazioni.

Malessere psichico

È legato al fatto di essere grassi. Quando si raggiunge questa soglia, nella mente del soggetto scatta un campanello di allarme, per cui comincia a odiare il cibo, la gente e se stesso; e dato che in una persona normale queste cose non sono odiate, ma anzi sono piacevoli e piuttosto amate, questo crea un conflitto che, a tratti, raggiunge un atteggiamento prossimo alla malattia mentale: psicopatia da sovrappeso a sfondo depressivo-reattivo. Prima che la situazione degeneri, bisogna subito porvi rimedio. Se questa è la motivazione invito il paziente a registrare su una bobina, prima di mettersi a dieta, le proprie sensazioni di malessere, non omettendo nulla e con molta sincerità, senza mezzi termini e menzogne. Oppure gli chiedo di annotare tutto su un'agenda con la data esatta. Durante il periodo di dieta dovrà rileggere o ascoltare quanto annotato, ogni giorno o quasi, fino a che non abbia raggiunto il peso voluto. Questa metodica ha dato e continua a dare ancora

degli ottimi risultati; infatti è molto facile per i pazienti dimenticare, a risultato ottenuto, qual era la situazione di partenza e tutte le motivazioni a essa connesse. Il malessere psichico superiore al piacere di mangiare garantisce il successo della dieta e il mantenimento del risultato ottenuto. Ma se il piacere di mangiare supera il malessere psichico, si cade in un'altalena di perdita e recupero di peso che, alla lunga, è una delle cause più frequenti che porta il paziente ad abbandonare dieta e cure. Ecco il motivo per riascoltare o rileggere ciò che si era annotato agli inizi. È da dire che la soglia che fa scattare il sopraddetto malessere psichico varia da persona a persona. Alcuni individui non tollerano i 5 kg in più, mentre altri individui possono raggiungere addirittura i 50 kg oltre il loro peso normale senza ancora accusare alcun disturbo nervoso. Sarà allora il malessere fisico, e solo questo, a far scattare l'allarme.

Problemi di abbigliamento

Le frasi più ricorrenti sono: «Non ho più un vestito da mettermi. Un nuovo guardaroba costa troppo»; oppure: «Sono ingrassata al punto che non ho più niente da indossare»; o ancora: «Mi debbo vestire da vecchia, dato che sono le sole cose che mi entrano». Le donne infatti, fatto singolare, non pensano in termini di chilogrammi, come dovrebbero e come io non mi stanco mai di ripetere, ma in termini di taglie. Alla domanda: «Quanto pesa?», la risposta è invariabile: «Portavo la taglia 42, ora sono a taglia 50». Ma il vestito non è mai efficace quanto la bilancia, sia quando si è a dieta stretta, sia quando si passa alle cure di mantenimento. Infatti una buona bilancia segnala variazioni di peso anche di cento grammi; la taglia invece, bene che vada, dà segnali solo quando si è superato il peso di svariati chilogrammi, secondo il modello che si indossa.

Molti miei pazienti, invece di dirmi: «Guardi, dottore, come sono grasso», mi dicono: «Guardi, dottore, come sono gonfio»; infatti l'aria è più facile da perdere che non il grasso ed è anche meno ingombrante psicologicamente!

Piacere al proprio partner

Quanto più la donna sarà diventata pesante tanto meno insistente sarà il marito nel chiederle di mettersi a dieta. I primi dieci chili oltre il peso normale susciteranno infatti allarme nel coniuge, che invece lascerà correre rassegnato ogni ulteriore aumento. Donne gravemente obese affermano che il marito non se ne preoccupa affatto e che, seppure lo fa, è più per la loro salute che per l'estetica. I fidanzati, poi, hanno poca o nessuna influenza sulla situazione poiché affermano che la scelta affettiva è indipendente dal peso, oppure che è motivata proprio dal peso. Molte mie pazienti si mettono a dieta nel periodo prematrimoniale, con ottimi risultati. Anzi, talora ordinano addirittura vestiti di due o tre taglie inferiori per fare bella figura il giorno del matrimonio. Raramente ottengo risultati tanto brillanti in così poco tempo. Mi dispiace solo che alcune donne non possano sposarsi quattro volte l'anno! La luna di miele, nella maggioranza dei casi, vanifica i precedenti sacrifici.

Malessere fisico e stato generale di salute

I primi dieci chili di eccesso di peso non creano generalmente grandi problemi se non il malessere psichico a cui prima ho accennato, almeno agli inizi e nei soggetti sensibili. Cominceranno poi alcuni sintomi di malessere fisico che generalmente sottintendono malattie che gli esami clinici presto riveleranno. In ordine di importanza sono:

1. *Sonnolenza e apatia* specie dopo i pasti principali; alcuni pazienti affermano di saltare il pranzo per poter lavorare senza accusare malessere o stanchezza;
2. *Gonfiori addominali e digestione difficile;*
3. *Sete;*
4. *Piedi, mani, gambe e occhi gonfi,* specie al mattino. Circolazione difficile negli arti inferiori con peggioramento visibile della circolazione venosa e comparsa di capillari e di varici, freddolosità eccessiva;
5. *Dolori lombari* in progressivo, lento peggioramento;

6. *Mestruazioni irregolari,* anche con lunghi periodi di mancanza di ciclo. *Inappetenza sessuale* nella donna ed *erezione stentata* o nulla nell'uomo;

7. *Difficoltà nel concepimento* nella donna e riduzione corrispondente della fertilità nell'uomo.

Tutto questo deve indurre il medico a prescrivere gli esami adatti al caso, per accertare la presenza di malattie che possono essere così evidenziate e, se curate in tempo utile, risolte.

Posto di lavoro e pubbliche relazioni

Provi il lettore a pensare per un attimo in quali posti di lavoro o in quali impieghi trova donne obese. Sono i posti di «bassa routine» che generalmente vengono offerti agli obesi. Mai posti di rappresentanza. A chi può interessare una hostess in sovrappeso anche minimo? Le donne più o meno obese dovrebbero in qualche modo unirsi in una specie di sindacato per esporre al pubblico ludibrio i datori di lavoro che vogliono assumere solo *sex symbol.* Agli appuntamenti galanti, con i sottintesi affari di cuore o sesso che dir si voglia, le donne obese hanno molte meno possibilità. Hanno sì amici e spesso anche «fidanzati», con tutte le sfumature che questo termine comporta. Hanno anche rapporti sessuali; alcune si sposano con un amico d'infanzia, ma è indubbio che la loro possibilità di scelta o di varietà sia decisamente minore. La differenza la notano appena perdono peso: l'interesse del sesso maschile cresce immediatamente. Quanto sopra è anche vero per l'uomo. A questo mondo e in questa società, così com'è organizzata, tutto viene misurato a livello di taglia, di apparenza. Gli uomini agiscono a seconda di come le donne appaiono. Gli uomini guardano le donne e le donne guardano se stesse quando si sentono guardate. Ciò determina non solo la maggior parte delle relazioni tra uomini e donne, ma anche quelle delle donne con se stesse.

Condizioni favorevoli e sfavorevoli all'inizio di una dieta

Esiste tutta una serie di condizioni favorevoli o sfavorevoli all'inizio di una dieta, a seconda dell'età dell'individuo.

Tali condizioni, quando non siano riferite specificamente alle donne (come nel caso della gravidanza, ad esempio), sono valide anche per gli uomini.

Vediamole insieme.

PERIODO PUBERALE

Sfavorevole	*Favorevole*
Periodo di accrescimento; con altezza non ancora definita	**Rapporto umore-cibo non ancora stabilito**
Mancanza di motivazioni e di disciplina interiore	**Sindrome del «cibo tabù» non consolidata**
Preparazione del cibo totalmente dipendente da altri (nonne, collegi, madri, ecc.)	**Pigrizia nel preparare i cibi da soli**
Ostacoli relazionali: medico di famiglia, amici, vita di gruppo	**Una certa malleabilità che porta a seguire le istruzioni**
Attività fisica e lavorativa non ancora definita	**Sindrome da «ritenzione di liquido» non ancora instaurata**

PERIODO DAI 20 Ai 30 ANNI

Sfavorevole	*Favorevole*
Matrimonio	**Esaurita crescita con raggiunta stabilità ormonale**
Gravidanza	**Motivazioni eccellenti**
Figli	**Attività lavorativa e fisica definita**
Interessi e finalità nuove emergenti	

PERIODO DEI 40 ANNI

Sfavorevole	*Favorevole*
Pelle poco resistente	Insorgere del timore di malattie legate al peso
Insorgere della paura di malattie cancerose	Desiderio e spinta sessuali
Salute sinonimo di appetito	Acquisiti i concetti di cibi pericolosi al peso: grassi, dolciumi, alcolici, ecc.
Energie psichiche rivolte al cibo e non a interessi esterni	Disposizione del grasso in punti del corpo poco gradevoli

PERIODO DEI 50 ANNI

Sfavorevole	*Favorevole*
Cambiamenti dell'assetto familiare: vedovanza, divorzio, matrimonio dei figli	Diminuzione o perdita del concetto o spinta sessuale
Sindrome della nonna	Benessere fisico o malessere fisico
Pensionamento	Nuova stabilità ormonale raggiunta (menopausa, andropausa)

PERIODO DAI 60 ANNI IN POI

Sfavorevole	*Favorevole*
Malattie croniche gravi che rendono la perdita di peso secondaria rispetto all'esistenza in vita	Non si produce più nuovo grasso
	Processo di invecchiamento accettato psicologicamente
	Malattie metaboliche od ossee ben rispondenti come: diabete, arteriosclerosi, artrosi
	Sessualità matura

Il periodo puberale e a crescita determinata è eccellente per iniziare una dieta, dato che ancora il sovrappeso non ha prodotto i danni che generalmente sono inavvertibili, come le smagliature sui fianchi, sulla pancia, al seno, all'interno delle cosce, e i depositi di «cellulite». Le relazioni con altri giovani forniscono motivazioni molto forti e la salute viene messa al servizio della vanità. Non si è ancora

instaurata la sindrome del cibo proibito, del «cibo-tabù», e cioè quell'atteggiamento che i soggetti obesi cronici hanno nei confronti di alcuni cibi (pane, pasta, dolci, ecc.) per cui non possono mangiare quanto desidererebbero fare e queste sostanze diventano nella loro mente preziose, «cibo-tabù» per l'appunto perché proibite. Alcuni cibi dal sapore gradevole che i ragazzi mangiano, diventano poi vere e proprie trappole per gli adulti. E facile smontare queste trappole nella pubertà, mentre è difficilissimo se non impossibile nell'età adulta. È molto facile far mangiare ai giovani grandi quantità di cibi permessi piuttosto che piccole quantità di cibi sbagliati; a questa età infatti è meglio mangiare 400 grammi di carne e due chili di frutta piuttosto che due panini. Nella pubertà è difficile dare un taglio drastico alle quantità di cibo, per cui i genitori possono sostituire gli alimenti sbagliati con altri che hanno pochissime calorie ma volumi notevoli. Del resto i ragazzi spesso mangiano qualsiasi cosa gli sia messa di fronte, a meno che non siano cose notoriamente sgradite al soggetto. Alcune madri si lamentano delle limitazioni dei gusti dei loro figli, dicendo che mangiano sempre le stesse cose. Se gradiscono carni di manzo o pollame, una verdura e frutta, questo è più che sufficiente e l'errore dei familiari è di voler imporre a forza i propri gusti personali, che spesso, se ben analizzati, si rivelano veri e propri «vizi alimentari». Specialmente la madre può assumere tre atteggiamenti nei confronti dei figli, soprattutto se si tratta di una femmina: può essere *indifferente*, *ansiosa* o *sabotatrice*. Il comportamento della «indifferente» è facile da intuire mentre «l'ansiosa», che accompagna la figlia nello studio del dietologo, rivela le tensioni esistenti fra lei e la futura paziente. Generalmente la madre è ben messa, magra, mentre la figlia all'opposto è grassa e flaccida, quindi la madre si vergogna della figlia e la vorrebbe magra, cioè somigliante a lei. L'unica cosa che colpisce la figlia, purtroppo, è il sentimento di vergogna della madre, sentimento che nel soggetto viene poi ampliato, così che ogni pasto diventa una discussione se non, a tratti, una vera e propria battaglia. Più la madre impone la dieta, più la figlia mangia a *dispetto* dove e quando può. A questo punto è mio compito intervenire in

questo conflitto che rischia di vanificare ogni ulteriore sforzo. Uno dei metodi che uso è far assistere la madre alla visita, imponendole però l'assoluto silenzio, e quindi far parlare solo la figlia, accettando ciò che è corretto e respingendo ciò che non lo è, evitando quindi ulteriori discussioni fra i due soggetti, per poi dare la mia opinione su quanto mi viene riferito. Cerco di responsabilizzare la madre assegnandole il compito di preparare la dieta della figlia e di rendere quest'ultima consapevole di ciò che mangia. Il terzo tipo di madre, la madre «sabotatrice», invece è di carattere docile, simpatica, bene intenzionata; l'aspetto della figlia in fin dei conti non le dispiace, del resto le somiglia anche nel peso, ed è solo seccata di quello che dice la gente, per cui non è lei a portare la figlia, ma è la figlia che ha chiesto di essere controllata. Questa madre è la più difficile da tenere a bada. Infatti quando dice: «Ho anche altra gente in casa da nutrire», le rispondo che questo comportamento è analogo a quello di qualsiasi ristorante, albergo, fast food che dà da mangiare a persone magre, ma nessuno si preoccupa delle persone obese. «Se sua figlia si ubriacasse», le dico, «lei non porterebbe il vino a tavola. Mettere altri cibi davanti a chi sta a dieta espone la persona a gravissime tentazioni», e con questo concetto metto a tacere anche le madri più ribelli. Il momento peggiore è quando il soggetto ha raggiunto il peso stabilito e corretto. L'intera famiglia pensa che ci sia una malattia in agguato o in atto, per cui tutti in casa si danno un gran da fare onde indurre chi ha raggiunto il peso normale ad interrompere la dieta e le cure di mantenimento. Sono i casi in cui le ricadute sono frequentissime e il paziente raggiunge un peso anche maggiore di quando aveva iniziato la dieta. Le madri devono capire che magro non è solo bello, ma è anche sinonimo di salute e soprattutto è uno scudo contro le future infelicità.

Motivi di insuccesso

Il problema dell'obesità ha anche origini sociali ed economiche e negli ultimi anni la ricerca scientifica si è dovuta muovere, anche se lentamente, in questa direzione. La me-

dicina è rappresentata oggi come depositaria della verità in assoluto: è considerata una nuova religione, l'«ideologia della scienza», cioè una scienza assolutamente estranea a qualsiasi tipo di interesse economico, fatta da uomini (i ricercatori) che lavorano al servizio dell'umanità per salvaguardarne il benessere e la salute. Purtroppo la realtà è ben diversa; infatti, oggi, pochi si domandano chi stabilisce i campi di ricerca e chi definisce le priorità, mentre la maggior parte di noi finisce per assumere un atteggiamento passivo e acritico nei confronti di questo problema.

Molti medici, sovraccarichi di impegni, prescrivono tranquillanti e antidepressivi per rialzare il morale delle loro pazienti e renderle nuovamente «funzionanti», in modo che possano rassettare le cucina, dimagrire, diventare belle, di nuovo sessualmente attraenti e non costituire più una seccatura per il prossimo. Così facendo, non si curano le cause psico-sociali sottintese al problema. Ma torniamo ora al discorso della medicina ufficiale: i clinici, gli internisti, gli endocrinologi pensano che in fatto di obesità sia stato già detto o scoperto tutto o quasi. I medici nutrizionisti (i dietologi per eccellenza) ritengono che in fatto di alimentazione umana non ci sia più nulla di nuovo da scoprire e da inventare o quasi. I farmacologi, poi, credono che con le medicine attuali, anoressizzanti, calmanti, psicostimolanti ecc., si sia raggiunto un optimum insuperabile. Psicologi, psicoterapeuti e psichiatri pensano che non ci sia più nulla da chiarire o quasi sul rapporto psiche-alimentazione. Se quanto detto sopra è vero, perché tanti insuccessi, tante instabilità e tante penose ricadute?

Umore-cibo

Il ricorso al cibo è un riflesso condizionato e sicuramente il più difficile da eliminare nella persona obesa, specialmente se donna, dato che è un riflesso profondamente radicato. Ansia, frustrazione, noia, tristezza, senso di colpa, depressione e persino felicità spingono l'individuo a mangiare; trattandosi di un riflesso condizionato bisogna, per interromperlo, eliminare il condizionamento, per riproporlo nella giusta direzione, cioè ricondizionandolo. È

bene, per chiarezza, spiegare che cos'è un riflesso condizionato. Al principio di questo secolo uno scienziato russo, Pavlov, scoprì che se un animale veniva sottoposto a intervalli regolari a uno stimolo artificiale esterno (per esempio visivo o sonoro) e contemporaneamente a un fatto concreto della sua esistenza (per esempio la nutrizione) dopo un certo numero di volte in cui lo stimolo e il fatto venivano ripetuti l'animale li memorizzava, per cui quando si provocava lo stimolo nel corpo dell'animale si verificavano degli eventi che erano scientificamente controllabili in laboratorio. Ad un cane veniva dato da mangiare con regolarità al suono di una campana o all'accendersi di una lampadina; dopo qualche tempo all'animale, abituato allo stimolo sonoro o luminoso, veniva fatta una piccola tasca nello stomaco in comunicazione con l'esterno. Ebbene, quando suonava la campana o si accendeva la luce, dalla tasca, anche se all'animale non era stato dato alcun cibo, iniziavano a defluire succhi gastrici che preparavano lo stomaco stesso alla digestione. Questo si chiama «riflesso gastrico condizionato». Se poi per molto tempo si somministrava cibo al cane senza il suono della campana, la parte del suo cervello che aveva memorizzato il suono legandolo all'arrivo del cibo dimenticava e cancellava i meccanismi automatici riflessi cervello-stomaco e i succhi gastrici non fuoriuscivano più al solo suono della campana, cioè il riflesso si era «scondizionato». Tornando all'uomo, lo «scondizionamento» del riflesso *umore-cibo* si ottiene solo con la massima collaborazione del paziente che molto spesso non si rende conto delle motivazioni che lo spingono a riempirsi la bocca con gli alimenti più svariati. «Mi trovo il cibo in bocca e non so neppure come c'è arrivato», oppure «Il frigorifero è vuoto, non me ne sono nemmeno accorta», o ancora «Mangio persino il pane secco»: sono frasi ricorrenti con atteggiamento analogo a quello del fumatore che si trova in bocca la sigaretta accesa senza sapere nemmeno come ci sia arrivata, oppure il posacenere pieno di mozziconi. Chi si trova in questo stato, cioè soggetto al riflesso condizionato *umore-cibo,* può essere aiutato in un solo modo, cioè inducendolo a rendersene conto, facendo affiorare a livello della sua attenzione, cioè dall'inconscio al

TABELLA RIVELA «DAP»

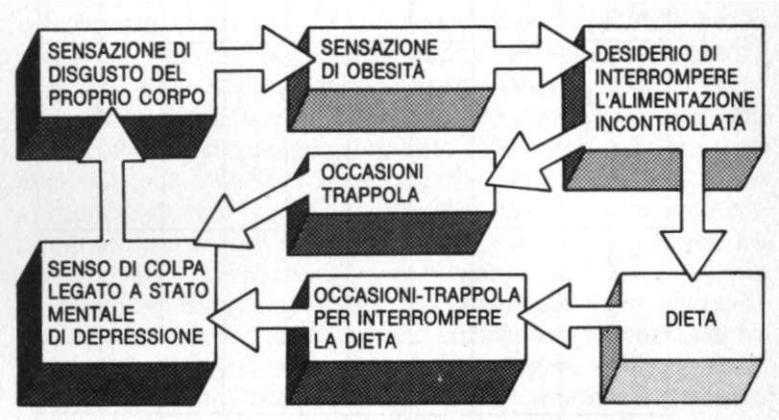
(disturbi alimentari psicogeni)

Giorno *kg*	*Tipo di cibo mangiato e quantità*	*Avevo fame prima di mangiare*	*Soddisfatto o non soddisfatto*	*Stato d'animo prima di mangiare*	*Stato d'animo dopo mangiato*	*Solo o con chi e dove*
ora……						
ora……						
ora……						
ora……						
ora……						
ora……						

conscio, gli umori che lo hanno portato a questo tipo di alimentazione «automatica». Un modo rivelatosi molto efficace, almeno nella mia esperienza, è quello di chiedere al paziente di non fare più nessuna dieta, cioè far diventare il cibo la cosa meno importante, onde scaricare la tensione che comporta pesarsi e vedere che si aumenta invece di diminuire. A tale stato di cose io ho dato il nome di *sindrome di peso-colpa.* Alleggerita così la parte emotiva, il paziente inizia abbastanza più consciamente a usare lo schema riportato a p. 31. *Lo scopo di questa tabella è solo quello di osservazione e non di giudizio.* Al soggetto apparirà evidente se mangia in modo caotico oppure con un certo schematismo; se la cioccolata delle tre pomeridiane ha più gusto della bistecca con gli spinaci della cena a un'ora prestabilita, per esempio, e se sia stato così penoso mangiare l'hamburger con l'insalata piuttosto che il gelato di crema che era in realtà la cosa più desiderata dal paziente. La tabella ha come scopo di analizzare, oltre al tipo e alla quantità di alimenti ingeriti, le circostanze e gli stati d'animo intimamente legati all'alimentazione, notando anche dove e con chi si mangia, se solo in famiglia o al ristorante, oppure in piedi davanti al frigorifero, davanti al televisore e via di seguito. La voce *«stati d'animo prima di mangiare»* consente al soggetto di verificare la consistenza e la validità dei sentimenti che hanno fatto scattare il meccanismo di *alimentazione automatica* anche senza senso di fame particolarmente evidente, puntualizzando specificatamente le emozioni difficili da affrontare che sono poi quelle che spingono, ad esempio, ad aprire il frigorifero. Ho rilevato le seguenti emozioni, in ordine di frequenza: *noia, rabbia, insoddisfazione di sé e degli altri* (specie dei familiari), *sensazioni di vuoto allo stomaco, disillusione e solitudine.* Quello che importa a questo punto per il paziente dev'essere non tanto quanti etti o chilogrammi aumenta, bensì le circostanze della vita quotidiana che lo portano all'«alimentazione automatica». La tabella sarà piena di note a volte uguali, a volte diverse: starà poi all'intelligenza del paziente notare quali sono le campane che suonano, tanto per tornare all'esempio del cane di Pavlov. Dunque, non *«Per chi* suona la campana?» ma *«Perché».* Scopo di tutto

questo, in sintesi, è definire nella coscienza del soggetto affetto da «alimentazione automatica» sia la funzione del cibo sia la legittimazione all'alimentazione stessa. Per rendere evidente quanto è stato detto a proposito dell'alimentazione automatica nevrotica (bulimia) penso che lo schema qui riportato sia di chiarimento visivo immediato.

Motivi di insuccesso


SENSAZIONE DI DISGUSTO DEL PROPRIO CORPO
SENSAZIONE DI OBESITÀ
DESIDERIO DI INTERROMPERE L'ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA
OCCASIONI TRAPPOLA
SENSO DI COLPA LEGATO A STATO MENTALE DI DEPRESSIONE
OCCASIONI-TRAPPOLA PER INTERROMPERE LA DIETA
DIETA

Schema dei ***meccanismi di alimentazione nevrotica*** *(bulimia).*

Motivi trappola

Nel lavoro di «scondizionamento» del riflesso *umore-cibo* emergeranno dallo schema alcune «figure significative» della vita quotidiana che continuano ad avere un ruolo importante tra la persona e il cibo. Una volta evidenziate le figure significative, il soggetto, che dev'essere il solo ad assumere la responsabilità della propria alimentazione, si atterrà ai seguenti consigli:

1. *Liberarsi* della figura a cui si è consciamente o inconsciamente dato il ruolo di giudice.
2. *Immedesimarsi* nell'idea che ciascuno di noi può e deve avere il controllo sulla propria alimentazione.
3. *Sganciarsi* dal che cosa, dal quando e dal quanto gli altri vogliono mangiare.

Si deve cercare di evidenziare, come ho detto, tutte le informazioni personali possibili legate alle esperienze connesse con il cibo. Il paziente affetto da bulimia tende spesso a essere terrorizzato dal cibo stesso e proprio per questo timore mangia a quattro palmenti, oppure a tratti, di colpo, rifiuta anche una briciola di pane. E qui si rischia di passare dall'alimentazione incontrollata, cioè dalla bulimia alla anoressia nervosa e cioè il rifiuto totale del cibo, malattia gravissima che noi medici raramente sappiamo controllare.

Lo schema serve anche per riequilibrare il rapporto PIENO-VUOTO con lo stomaco. Essere «pieni» per la persona che è in sovrappeso non ha nessun significato. Nelle persone di peso normale, invece, lo stomaco invia delle informazioni al cervello per via nervosa ai centri della fame, che si trovano in una zona che si chiama ipotalamo, per cui la persona non ingerisce più alimenti quando la sensazione di pienezza raggiunge questi centri. Tali segnali nelle persone obese sono praticamente ignorati, cancellati o bloccati e lo sono stati per molto tempo, tanto che l'obeso, pur avendo lo stomaco pieno, continua ad avere fame e proprio di quelle cose di cui potrebbe e dovrebbe fare a meno. Bisogna quindi imparare a rieducare il riflesso stomaco-ipotalamo, esattamente nello stesso modo in cui si rieduca un muscolo che sia stato per molto tempo inutilizzato. Bisogna riconoscere la sensazione di sazietà che si è venuta a mano a mano dimenticando e cancellando. Il volume dello stomaco serve da indicatore. Un esercizio pratico che propongo ai miei pazienti è il seguente.

Riempire lo stomaco di liquido, con un litro di acqua o di tè, fino a sentirsi gonfi. Poi, nei giorni successivi ridurre di 100 centimetri cubici alla volta sempre seguendo il volume dello stomaco. Ripetere il tutto per vari giorni e piano piano il riflesso PIENO-VUOTO riprende a diventare attivo. La riprova di questo è che molti pazienti una volta raggiunto e stabilizzato il peso ideale, usano una frase ricorrente che è questa: «Non mangio più come prima, evidentemente mi si è ristretto lo stomaco». No, lo stomaco non si è ristretto affatto come non si era mai dilatato prima, ma è che a certi livelli di riempimento ritorna quella

sensazione di sazietà che è legata al riflesso stomaco-ipotalamo che ha ripreso, finalmente, la sua identità-funzione. Importante è l'orario dei pasti. Sarà necessario riprogrammarlo sulle esigenze di vita del paziente: per esempio, ore 8 colazione - 12,30 pranzo - 20,30 cena. *Tutte le sensazioni di vuoto di stomaco negli intervalli non sono di fame e il soggetto deve imparare a riconoscerle come sensazioni anomale.*

Le ricadute, cioè il dopo dieta

Quando si è perso peso i vestiti entrano di nuovo, lo specchio è decisamente meno crudele, la persona amata riprende interesse e comincia a fare qualche complimento, e così pure gli amici. Ed è allora che si incomincia a mangiare qualche cosa in più. Poco agli inizi: la nocciolina, la caramella, il biscotto, il gelato. Inoltre non ci si pesa più tutte le mattine. «Domenica prossima mi peso», si dice il lunedì. La domenica la bilancia indica tre, quattro, cinque chili di più, mentre con un po' di attenzione sarebbero bastati un giorno o due per perdere il primo chilo riacquistato. Ora, per levare tre o quattro chili in più bisogna decisamente rimettere mano all'alimentazione controllata, cosa non difficile, ma sempre seccante. Poi si comincia a saltare la visita di controllo e così, piano piano, si scivola nella situazione di partenza.

L'obesità in rapporto con il corpo umano

Approccio clinico al paziente obeso

Raramente alla prima visita e senza le opportune ricerche posso procedere ad un'impostazione della cura; così facendo molte indicazioni sarebbero improvvisate, dieta compresa. Gli esseri umani, per quanto riguarda la dieta, si alimentano con tre tipi principali di sostanze base: proteine, zuccheri e grassi. Le ricerche che più comunemente vengono da me richieste sono:

1. *Radiografia del torace, radiografia dell'ipofisi.*
2. *Elettrocardiogramma.*
3. *Pap test,* nelle donne che non l'hanno eseguito da oltre un anno (la prevenzione dei tumori, è bene non dimenticarlo, deve avvenire anche nelle persone obese).
4. *Glicemia e curva glicemica* per eventuali alterazioni del metabolismo dei carboidrati.
5. *Analisi della funzionalità tiroidea: T***3, T4, TSH, FT3, FT4.**
6. *Analisi per le alterazioni del metabolismo proteico:* azotemia, uricemia, protidogramma.
7. *Lipemia, trigliceridi, colesterolo,* per il metabolismo dei grassi.
8. I *dosaggi degli ormoni ipofisari,* qualora coesistano problemi di mestruazioni, fertilità, impotenza sessuale e soprattutto per il sospetto di adenomi ipofisari che spesso si celano (più frequentemente di quanto non si creda) dietro un'obesità che era stata diagnosticata solo come alimentare: **LH, FSH**, prolattina, estrogeni, progesterone e nell'uomo testosterone. In casi di ipertensione si fanno i dosaggi anche per la funzionalità ipofisaria-surrenalica: cortisolo, ACTH, ecc.

Una dieta seria si può prescrivere solo quando si avranno evidenti prove di alterazioni nel metabolismo di questi componenti alimentari o singolarmente o variamente associati. Una dieta a base di proteine (per intenderci e fare esempi concreti), cioè *iperproteica,* sarebbe un errore grave in un soggetto affetto da iperazotemia o con delle uricemie elevate e/o con malattie epatiche serie.

La stessa cosa vale per i grassi e per gli zuccheri. A ricerche ultimate, al secondo controllo, si spiega nel modo più comprensibile possibile quanto si è trovato, si eseguono nuovi controlli in base ai risultati ottenuti e poi si passa, finalmente, alla prescrizione farmacologica e alla dieta. Ritengo che il paziente sia nel pieno diritto di conoscere il suo stato di salute e il perché di quanto gli viene consigliato (dieta) e prescritto (medicine). Qui voglio indicare quali sono in ordine di frequenza le malattie che più spesso si incontrano nei casi osservati e che se curate in anticipo possono evitare guai futuri.

1. *Diabete alimentare* oppure *diabete vero.* Ho già accennato che in ogni persona obesa può nascondersi un diabetico: infatti questa malattia affligge di media una persona su tre in sovrappeso.

2. *Alterazioni del metabolismo dei grassi,* con tendenza a malattie dell'apparato circolatorio: cuore, arterie coronariche, cerebrali e periferiche.

3. *Alterazioni del metabolismo proteico,* con tendenza alla gotta e alle malattie renali: calcolosi, insufficienza renale.

4. *Disfunzione della tiroide* (quella ghiandola situata nella parte anteriore del collo e che funge da bruciatore nel corpo umano e anche da acceleratore delle sue combustioni): all'incirca il 60% degli obesi ha una diminuzione della funzione tiroidea e, a sua volta, il 10-12% di casi è portatore di cisti tiroidee che prima risultavano non conosciute.

5. *Alterazioni della funzionalità epatica.* Il fegato dell'obeso risente dello sforzo causato dal disordine alimentare e talora in modo piuttosto grave. Da un certo punto in poi nel fegato cominciano a depositarsi sostanze grasse che

ne rallentano la funzione. Si può trovare un fegato notevolmente aumentato di volume e questo è spesso un fegato «ingrassato» e non «ingrossato», e non è un gioco di parole.

6. *L'anemia* è piuttosto frequente, specie nelle donne, e si cela sotto un apparente stato di floridezza.

7. *Alterazioni mestruali* con mancanza di ciclo (amenorrea) oppure con irregolarità (dismenorrea). Difficoltà al concepimento, riduzione della potenza sessuale e oligospermia nell'uomo (diminuzione del numero di spermatozoi nel liquido seminale) e diminuzione della fertilità. Madre natura sa perfettamente che una donna obesa ha difficoltà nel parto e quindi non vuole e non fa correre rischi a una madre obesa, preferisce non farla ovulare (e le ricerche lo confermano) e quindi non farla concepire, con mancanza di ciclo e/o assenza di ovulazione. Appena si comincia a perdere peso le mestruazioni riprendono, l'ovulazione si ristabilisce e il concepimento è facilitato. Spesso nelle donne obese coesistono alterazioni primitive delle ovaie e solo le ricerche potranno stabilirlo; in tal caso la perdita di peso avverrà esclusivamente se si corregge l'alterazione ovarica che, da sola, può portare ad un aumento di peso. Stessa cosa nell'uomo, in cui la ridotta produzione di sperma attivo si accompagna spesso ad una ridotta secrezione ormonale da parte dei testicoli. Anche qui analisi appropriate daranno indicazioni al medico sul da farsi. Quanto alla perdita della *libido,* sia nell'uomo che nella donna, cioè del desiderio del rapporto sessuale, il ritorno alla normalità con la perdita di peso è pressoché immediato. Un vecchio detto francese dice che «i veri galli sono magri», ma potrei dire anche «le buone galline...».

8. *Adenomi ipofisari.* Per fortuna con poca frequenza, la radiografia del cranio mette in evidenza la presenza di adenomi ipofisari, tumori più o meno benigni della glandola stessa e questo in persone che avevano già tentato, e con grandi insuccessi, di diminuire di peso.

Ritenzione di liquido

È come la meteorologia: tutti ne parlano in modo più o meno corretto, ma raramente con cognizione di causa. Nell'uomo la ritenzione di liquido compare molto più raramente e, quando compare, è connessa sempre a fatti gravi e/o a obesità molto notevoli. Sin dall'infanzia la donna diviene cosciente dell'escrezione dei suoi liquidi organici. Per la donna infatti non è facile urinare: deve interrompere l'attività scolastica e ricreativa, sedersi e tornare. Questo spesso è imbarazzante, e fin da bambina la donna comincia a provare un senso di vergogna; poi crescendo, nell'attività lavorativa, la situazione diventa anche peggiore e ancora più imbarazzante. Il bagno sembra sempre troppo lontano. Per l'uomo il mondo è pieno di angoletti. La donna impara a spese della sua vescica a non urinare frequentemente e impara anche, a spese della sua sete, a bere meno dato che poi deve recarsi a urinare, e in questo modo elimina il migliore e più naturale diuretico, che è proprio l'acqua. Il lettore vedrà poi che nelle mie diete l'acqua è libera anche durante i pasti, purché sia acqua pura. Quindi sia ben chiaro: l'acqua può rimanere nel corpo ma se vi rimane è per motivi seri di cui il fattore ormonale è la causa principale, a meno che non vi siano altre complicazioni (escludiamo qui gli «edemi» dei cardiaci, dei renali e degli epatici gravi). Questa famosa ritenzione di liquidi nell'obeso oscilla fra i due e i cinque chili, di media, e questi sono quei famosi chili che molto spesso inducono a interrompere una dieta. Come le pazienti avranno notato, è proprio prima del ciclo mestruale che avviene la ritenzione idrica; circa una settimana prima, per essere precisi. Quindi il periodo utile per perdere peso nella donna con attività ovarica normale, è di solito tre settimane su quattro e da questo ne deriva che il peso diminuisce a gradini esattamente come una scala, figurativamente parlando. Infatti gli estrogeni e il progesterone sono ormoni che facilitano da soli attraverso l'ipofisi (che secerne anche un ormone antidiuretico!) la ritenzione di liquidi ed è l'altalena di questi ormoni che impedisce l'escrezione dei liquidi. Anche l'uo-

mo ha il suo ormone, il testosterone (ormone testicolare maschile), e il suo ormone antidiuretico ipofisario, ma la mancanza di ciclicità fa sì che, pur essendovi ritenzione di liquidi, la cosa è talmente impercettibile che la diminuzione di peso dell'uomo è di quattro settimane su quattro, quindi un vero scivolo, per tornare al paragone della scala. Durante il *plateau* di stasi, raramente la donna che è a dieta viene creduta, ed è inutile pesarsi in quei giorni per non cadere in stato di ansia. Io infatti raccomando di pesarsi una sola volta alla settimana nei periodi di dieta stretta, mentre nei periodi di cure di mantenimento il peso è necessario conoscerlo tutti i giorni. Quindi pesarsi una volta alla settimana quando si è sotto controllo medico, ma tutti i giorni una volta raggiunto il peso corretto, quando la responsabilità è strettamente affidata al soggetto stesso.

La differenza che si ha sulla bilancia fra il peso della sera e quello della mattina è dovuta a:

1. peso del cibo che si è ingerito;
2. peso del liquido che si è bevuto, più la produzione dell'acqua legata alla combustione degli alimenti stessi; dalla degradazione degli alimenti infatti si ottengono prodotti necessari alla vita dell'organismo, cioè sostanze che bruciate forniscono calorie, ma in questa combustione uno dei resti è proprio l'acqua;
3. peso delle ceneri derivanti dalla digestione, cioè gli scarti o componenti inutilizzati, o le ceneri che dir si voglia (feci e urine).

Esistono dei modi semplicissimi per facilitare l'eliminazione dei liquidi.

1. *Assolutamente non smettere di bere.* Il corpo necessita di liquidi e la sete è un fenomeno fisiologico che non si deve assolutamente reprimere, specie per chi sta perdendo peso. Chi sta bruciando i propri depositi di grasso va incontro a un'acidosi fisiologica e cioè: il tessuto adiposo che viene consumato produce sostanze acide e, se non si beve, questo acetone può aumentare a livelli tali da provocare nel soggetto seri disturbi.
2. *Stare una o due ore sdraiati dopo avere mangiato e/o*

bevuto. Si eliminano liquidi immediatamente. Stando in piedi i liquidi per gravità tendono ad accumularsi negli arti inferiori, specialmente quando non ci si muove. Un litro di acqua bevuto, rimanendo dopo in piedi, viene eliminato per la metà, sdraiati invece viene eliminato molto rapidamente e pressoché per intero. Provare per credere.

3. *Eliminare per le donne tutti i tipi di indumenti intimi* (non intendo le mutandine logicamente) stando in casa, cioè tutti gli indumenti antifisiologici, e anti-igienici del resto, che normalmente si chiamano: pancere, culotte elastiche, reggicalze a metà gamba con giarrettiere o meno, che comprimono le vene, già congestionate per gravità, soprattutto per le donne che stanno in casa in piedi, magari davanti ai fornelli.

4. *Dieta iperproteica.* Prima del ciclo è utilissima una dieta solo a base di carne o solo a base di pesce (ma bevendo, per favore!), per almeno quattro pasti di seguito. Oppure ancora: dieta liquida più frutta per ventiquattr'ore. Frutta di tipo succoso: aranci, limoni, uva ecc. più liquidi a volontà. Anche qui il risultato è immediato.

5. *Ridurre il sale.* Io sono contrario a eliminare il sale dalle diete. In soggetti normali è sconsigliabile, specie nella stagione calda e in soggetti con bassa pressione arteriosa.

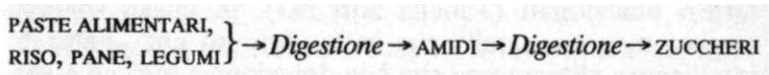
77 *diabete*

Questa malattia può in effetti essere rilevata all'inizio solo dalle curve glicemiche. Il pancreas, la glandola che con la sua secrezione interna di cellule chiamate Beta deputate alla produzione di insulina (l'insulina è un ormone) provvede al controllo della glicemia, ha delle riprese che sono insospettabili. Le possibilità di guarigione sono molte, ma per lo più condizionate al rispetto delle regole del gioco. A digiuno la glicemia del diabetico alimentare può essere, ed è spesso, perfettamente normale, e molte volte nella mia pratica vedo figli di diabetici che mi dicono con molta sicurezza: «Dottore, io non sono diabetico/a; guardi quante glicemie ho fatto». Non trovo mai o quasi mai che sia stata fatta una curva glicemica da carico. Ma cos'è una curva glicemica?

Al paziente, dopo un primo prelievo a digiuno, si fa bere un bicchiere di glucosio (un grammo per chilo di peso corporeo); si iniziano quindi i prelievi ogni mezz'ora per cinque volte, raccogliendo a ogni prelievo non solo un campione di sangue ma anche un campione di urine e si analizzano i valori di zucchero presenti in entrambi. Nelle persone sane la glicemia, appena ingerito il glucosio, aumenta; ma poi il pancreas si accorge che lo zucchero nel sangue è salito e secerne l'insulina che serve alla combustione del medesimo. La curva scende allora a valori normali o talora anche inferiori. Nell'individuo con predisposizione al diabete non vi è insulina sufficiente, per cui la curva glicemica non rientra nella norma e lo zucchero rimane elevato per molte ore, e talora compare addirittura nelle urine raccolte. Spero che il lettore si sia reso conto dell'importanza di eseguire questa ricerca per poter accertare la presenza o meno di una malattia invalidante e cronica: consentirà di liberare i pazienti da un rischio o da un incubo, a seconda dei casi.

Intolleranza ai carboidrati

I carboidrati (leggasi «zucchero» e non è necessario che al gusto siano dolci) sotto qualsiasi forma siano assunti, per essere assorbiti dall'organismo devono passare attraverso processi chimici di degradazione che hanno come termine ultimo lo zucchero. Ad esempio:



I carboidrati sono i maggiori (anche se non i soli) responsabili della malattia «obesità» proprio perché una grandissima parte delle persone obese manifesta verso di essi una provata e ben definita tolleranza. Alcuni pazienti obesi hanno uno strano comportamento biochimico, cioè non trasformano lo zucchero finale in energia, ma lo trasferiscono immediatamente nel tessuto adiposo; non solo, ma l'assunzione di zucchero sotto qualsiasi forma li rende stanchi e notevolmente depressi mentalmente. La loro curva glicemica rivela proprio questa intolleranza. Nella

prima ora-ora e mezza lo zucchero nel sangue sale rapidamente (in alcuni casi anche troppo) per poi precipitare a livelli piuttosto bassi, anzi talora decisamente più bassi che nelle persone normali: sono questi i casi che prendiamo in esame. In altre parole mangiando un pezzo di dolce l'aumento improvviso dello zucchero stimola il pancreas del soggetto alla secrezione di insulina che in questi casi è in eccesso, e allora lo zucchero del sangue scende a livelli tali che il soggetto avverte la necessità di ingerire ancora zucchero. È proprio questa repentina caduta che fa sentire questi pazienti stanchi e affaticati, con lieve sudorazione, talora palpitazioni e vertigini: quindi avviene una nuova ingestione di zucchero e una nuova brusca diminuzione del medesimo. Con la stessa metodica della curva glicemica si eseguono le curve insulinemiche che rivelano come i picchi elevati di insulinemia coincidano con le sensazioni di fame e malessere avvertite dal paziente. Ma a lungo andare il pancreas, sovrastimolato, esaurisce le cellule deputate alla produzione di insulina (cellule Beta) che non sono più in quantità sufficiente per bruciare lo zucchero e utilizzarlo nei tessuti del corpo. Alla lunga queste persone sono candidate a diventare diabetiche. Sono questi i pazienti che non sanno (e in parte non possono) astenersi dal mangiare dolci, paste alimentari ecc. È la stessa irrefrenabile spinta che porta l'alcolista a non smettere di bere dopo aver ingerito il primo bicchiere di vino. Ho analizzato la sindrome del *cibo-tabù,* ma non basta, come non bastano nemmeno i fattori emozionali (Tabella anti **DAP**). In questi soggetti sembra mancare quella che io ho definito una «naturale intelligenza alimentare» che è in dotazione a tutti gli esseri umani: cioè quella naturale repulsione all'alcool, per esempio, dopo il secondo e terzo bicchiere, quando si avverte che la testa gira lievemente o si diventa troppo allegri, oppure quella sensazione di pienezza dello stomaco che fa interrompere l'assunzione di cibo. La migliore cura di questi casi è ancora la dieta, e precisamente quella a elevato contenuto calorico ma *iperproteìca,* cioè ricca di proteine e poverissima, se non addirittura del tutto priva, di zuccheri, cioè senza carboidrati. Le proteine animali, carne o pesce di preferenza, sono alla lunga più soddisfa-

centi dal punto di vista alimentare che non i carboidrati. Mi spiego meglio, dato che il lettore può dirmi, come spesso fanno i miei pazienti: «Caro dottore, mi dia cento grammi di pasta asciutta al posto di cento grammi di carne». Cento grammi di carne non provocano *l'altalena zucchero-insulina,* mentre cento grammi di pasta sì; inoltre la digestione delle proteine nello stomaco è più lenta di quella dei carboidrati, quindi la sensazione di pienezza dura più a lungo. La maggior parte delle calorie assunte con le proteine deve essere bruciata, perché la conversione in tessuto adiposo è lenta e non avviene in modo totale; la conversione dei carboidrati in grassi è invece rapidissima e pressoché totale.

Stipsi

Questo è un inconveniente molto comune che viene senza dubbio aggravato, se non direttamente causato, dalla dieta ed è una delle complicazioni che io temo di più nei miei pazienti. La stitichezza se era già presente peggiora e, se non era presente, compare. Analizziamo i molteplici fattori in causa.

1. *La posizione* che si assume quando si usa il water è assolutamente sbagliata e antifisiologica. L'uomo delle caverne si accovacciava dovunque quando ne sentiva il bisogno, e accovacciandosi i muscoli addominali spingono molto meglio.

2. Il *tempo e il modo.* Un luogo confortevole e soprattutto pulito non è facile da trovare ed è più difficile ancora trovare da lavarsi. Quindi si dice «vado dopo, con comodo». Ma con il dopo è cessato lo stimolo e quindi si rimanda, e sono questi rinvii che causano il riassorbimento dell'acqua dalle feci che diventano a mano a mano secche, dure e difficili quindi da eliminare. Alzarsi un'ora prima spesso riesce a vincere la stipsi più incallita e suggerisco ai miei pazienti di usare anche qui un riflesso condizionato. Ricordate? Un bicchiere d'acqua, o un caffè, oppure una sigaretta associati alla funzione intestinale a una certa ora (possono essere anche le due di notte, a piacimento), vincono

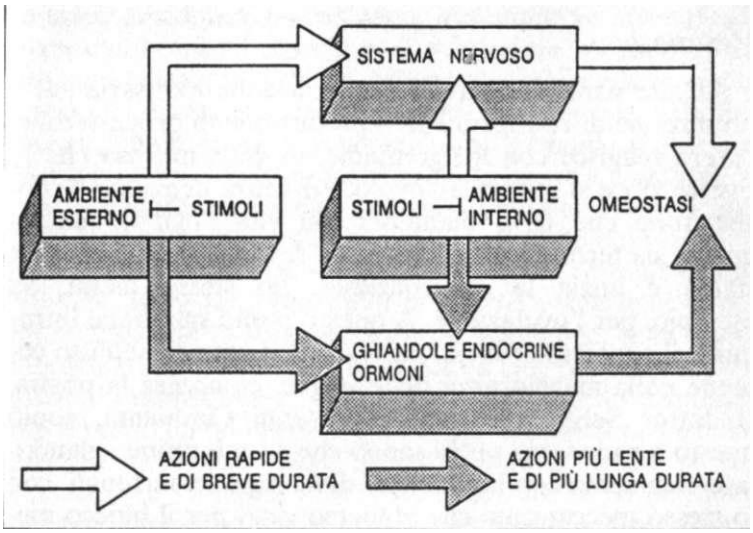
la stipsi più ostinata. L'intestino è un tiranno che vuole essere ascoltato e ubbidito. Bisogna solo imparare ad ascoltarlo e ubbidirlo. Il tempo da concedere a questa funzione è importante. Scegliete quindi il vostro riflesso condizionato e l'ora che più vi aggrada. Le cose miglioreranno gradatamente, non abbiate fretta perché per provocare una stipsi ci vuole poco, per vincerla invece ci vuole molto tempo.

3. ***I** cibi.* Le proteine producono feci poco voluminose e piuttosto asciutte, i carboidrati tutto il contrario. Ecco il perché di tante stipsi create da diete con pochi o niente carboidrati, come anche la riduzione drastica di grassi animali e/o vegetali - olio, burro, latte, ecc. - che contribuiscono a lubrificare la massa fecale. Una buona compensazione a queste carenze è la presenza di fibre vegetali contenute nella frutta e nella verdura che, purtroppo, non sono molto bene accettate dai pazienti. L'uso e l'abuso dei lassativi oppure anche delle supposte di glicerina, ritornate recentemente molto in auge, stimolano l'intestino a muoversi, cioè a risvegliare la peristalsi, ma in modo artificiale, provocando dannose assuefazioni.

Note di fisiologia e patologia glandolare

È importante che il lettore sia a conoscenza del concetto di «omeostasi» (dal greco *omeo* = uguale o simile, *stasi* = fermo) che indica l'attitudine degli esseri viventi a mantenere intorno a un livello prefissato talune caratteristiche interne disturbate di continuo da vari fattori interni ed esterni, dato che nei viventi esiste una netta delimitazione tra ambiente esterno e ambiente interno e questo ultimo viene mantenuto stabile proprio dalle funzioni glandolari fisiologiche. Lo schema riportato nella p. 45 renderà l'argomento di più facile comprensione.

Al mantenimento della omeostasi partecipa anche il sistema nervoso centrale, ma in modo rapido come intervento e fugace come durata, mentre il sistema glandolare vi partecipa con un'azione più lenta ma decisamente più duratura. I due sistemi sono in strettissima correlazione, specie tramite la regione ipofisi-ipotalamo a cui arrivano le stimolazioni più svariate e da cui si irradiano i comandi per



le glandole. Il sistema glandolare umano è governato da una glandola molto piccola che si chiama ipofisi, che è situata alla base del cervello e pesa da uno a tre grammi. Questa glandola, pur nella sua estrema piccolezza, è proprio il direttore d'orchestra ai cui segnali ubbidiscono tutte le glandole del corpo umano. Quando a un fattore stimolante ipofisario corrisponde una glandola, questa si chiama «glandola bersaglio» in cui viene prodotto l'ormone specifico. Le glandole umane sono a secrezione interna (cioè ormoni che, una volta prodotti, passano direttamente nel sangue e che qui sono utilizzati, ad esempio la tiroide), oppure a secrezione mista (ormoni che in parte passano nel sangue e in parte all'esterno, ad esempio il testicolo con produzione di testosterone nel sangue e sperma all'esterno). Diencefalo, ipotalamo e ipofisi sono comunque strettamente connessi, per vie non ancora del tutto scoperte, con la corteccia cerebrale e gli stimoli esterni si scaricano sulla corteccia per poi passare all'ipotalamo, all'ipofisi e via di seguito. Le interazioni di questo meccanismo spiegano alcuni fenomeni rilevati che fino ad alcuni anni fa avevano del misterioso, ad esempio come una violenta emozione possa bloccare o far venire una mestruazione.

Mestruazioni

All'alternanza ciclica della stimolazione ipofisaria **F S H =** produzione di estrogeni e **LH** = produzione di progesterone, l'utero reagisce con il rigonfiamento della mucosa che lo riveste, dove si impianta l'ovulo. Poi entra in azione il progesterone che deve mantenere in vita l'ovulo, qualora questo sia fecondato. Se non viene fecondato, la mucosa si sfalda e inizia la mestruazione. Lo stesso dicasi, ad esempio, per l'ovulazione. A questo punto sarà bene introdurre il concetto di *stress,* parola ormai entrata nell'uso comune nella maggioranza delle lingue, compresa la nostra. Il dottor Selye, alla metà degli anni Cinquanta, coniò questo termine, ma pochi sanno che è un termine «glandolare» connesso con la funzione delle capsule surrenali, con lo stesso meccanismo che abbiamo visto per il blocco mestruale. Qui si tratta invece di un blocco surrenalico. In un organismo sottoposto a notevoli traumi (alta chirurgia, ustioni gravi, amputazioni traumatiche estese, ecc.) si blocca l'ACTH di produzione ipofisaria per cui le glandole surrenali smettono di secernere il cortisone (ormone fondamentale per la vita dell'uomo per molteplici azioni, ma principalmente per il mantenimento della pressione) per cui il soggetto ha collassi pressori e spesso muore appunto per «shock o stress surrenalico». La parola «stress» è entrata nella lingua comune a spiegare la stanchezza e il malessere che alcuni soggetti accusano, siano essi fisici o nervosi, quando siano sottoposti a traumatismi esterni abbastanza continui, lavoro, traumi psichici, ecc., e quindi con sintomi di riduzione delle forze, sia fisiche che mentali. In questi casi però le glandole surrenali c'entrano in maniera molto, molto modesta, dato che non si arriva mai o quasi mai allo stato di shock surrenalico vero e proprio e quindi alla morte. Comunque spero che questa nota abbia chiarito una parola ormai di uso corrente. Un altro termine, che piano piano si sta facendo strada nella lingua comune, è «feed back» che è traducibile in italiano (molto male in verità) con «contraccolpo» o «rimbalzo». Anche questo è un

termine glandolare legato, però, al fenomeno inverso; abbiamo cioè visto i blocchi ipofisi-glandola in discesa, ma esistono anche blocchi in salita, cioè glandola-ipofisi e questo è il «feed back». Per tutte le glandole vale poi questa regola fondamentale: se a una glandola si fornisce dall'esterno, artificialmente, l'ormone da essa prodotto, si blocca a livello ipofisario l'ormone-stimolo corrispondente, che serviva alla glandola per produrre l'ormone finito, dato che l'ipofisi si accorge che nel sangue c'è ormone a sufficienza, anche se di provenienza esterna e smette di stimolare. Cessando la somministrazione artificiale, pian piano l'ipofisi stimola di nuovo la glandola che riprende a produrre l'ormone; questo però richiede un periodo di latenza più o meno lungo in cui la glandola corrispondente è completamente ferma o quasi. Si pensi quindi a quanto sia necessario, ad esempio, procedere a periodi di sospensione nel trattamento con il cortisone artificiale al fine di non provocare nel soggetto uno shock surrenalico. Gli anticoncezionali funzionano proprio con questo meccanismo di «feed back negativo», quindi bisognerebbe fare somministrazioni a cicli, quasi mai praticate nelle donne, tanto meno purtroppo consigliate dai ginecologi e che possono in alcuni soggetti produrre gravi aumenti di peso.

La tiroide

La tecnologia ha permesso negli ultimi anni di eseguire ricerche molto attendibili sulla tiroide, sia sotto forma di analisi del sangue, sia come ecografie, scintigrafie, captazioni ecc. L'insufficienza funzionale di questa glandola comporta vari disturbi associati in vario modo, o la presenza di tutti nei casi più conclamati.

1. stanchezza eccessiva con apatia e torpore mentale, sonnolenza e aumento della freddolosità;
2. gonfiori generalizzati (edemi) non solo alle gambe e ai piedi ma anche alle mani e occhi, specie al risveglio del mattino;
3. pelle arida, caduta di capelli, unghie fragili;
4. estrema facilità all'aumento di peso, indipendente-

mente dall'apporto alimentare, e difficoltà appunto nel perderlo anche con la dieta più rigorosa;

5. assenza o irregolarità gravi del mestruo, impotenza.

Solo le analisi potranno confermare o meno se si tratta veramente di un *ipotiroidismo.* Per la verità, però, non sempre le analisi di laboratorio concordano con l'esame clinico del paziente.

Comunque la frequenza dell'ipotiroidismo è molto maggiore di quanto la gente non creda, dai casi gravi di insufficienza alle piccole insufficienze tiroidee, talora anche momentanee. La tiroide è una glandola, come molte altre, sensibilissima all'influenza del sistema nervoso. Basta un grave trauma psicologico per scatenare un *ipotiroidismo* (aumento di peso) o un *ipertiroidismo* (diminuzione grave e drammatica di peso). Sono molti i pazienti che accusano un aumento di peso di tre o quattro chili in poche ore in seguito a un'arrabbiatura, oppure che sono ingrassati rapidamente dopo un lutto grave o traumi affettivi, pur mantenendo lo stesso regime alimentare e di vita. Non molti anni fa, negli Stati Uniti, fu coniato il termine *«stato ipometabolico»,* riferito a persone che avevano tutti i sintomi elencati della disfunzione tiroidea o un buon numero di essi, ma con analisi tiroidee normali. La parola *stato ipometabolico* era quindi stata creata dalla classe medica, come una cortina fumogena, per nascondere una certa ignoranza e incertezza. Oggi le cose stanno diversamente anche se la classe medica è molto divisa sulla prescrizione di farmaci tiroidei.

Certo i farmaci tiroidei, sia naturali che di sintesi, sono medicinali che vanno usati con cautela, ma se ben adoperati (anche se il laboratorio non conferma la presenza di una chiara disfunzione) possono fare miracoli. La conclusione è che in alcuni pazienti in sovrappeso l'internista, o il dietologo-internista, deve con cautela e con molta umiltà basarsi sul giudizio clinico, tenendo il paziente sotto stretta sorveglianza, evitando soprattutto il dogmatismo che porta ad affermare che *se le analisi sono negative anche il paziente sta bene.*

A titolo puramente orientativo, con l'esperienza di tanti

e tanti anni, posso dire che vi sono casi che trovano giovamento in un trattamento con bassi dosaggi di estratto tiroideo, anche con analisi cliniche completamente negative. Li elenchiamo qui di seguito:

1. I casi resistenti a perdite di peso, anche con diete feroci di 800 calorie nelle ventiquattr'ore o con perdita di peso inferiore a mezzo chilo a settimana.
2. Dopo il parto (e non durante l'allattamento, periodo in cui la maggior parte dei medicinali ha controindicazioni). Infatti raramente una donna perde peso per almeno sei mesi dopo il termine di gestazione.
3. Dopo interventi chirurgici importanti, sia nella donna che nell'uomo, per cui per un anno dopo l'intervento stesso è difficile ed anche sconsigliabile perdere peso.

Dal momento in cui comincia ad avere il ciclo fino a quando muore la donna va soggetta a continue variazioni cicliche di questi ormoni, e purtroppo abbiamo visto come da questa ciclicità nasca la facilità di aumentare di peso. L'andropausa nell'uomo non ha un'età definita e talora non avviene affatto. Il medico, di fronte a cambiamenti piuttosto drammatici, con effetti ben visibili sul corpo della donna, si ritrae spesso dicendo che sono *fatti biologici* o *fatti psicologici.* Io invece ritengo che siano fatti *fisio-patologici,* specie per quanto riguarda le donne affette da sovrappeso od obesità clinica.

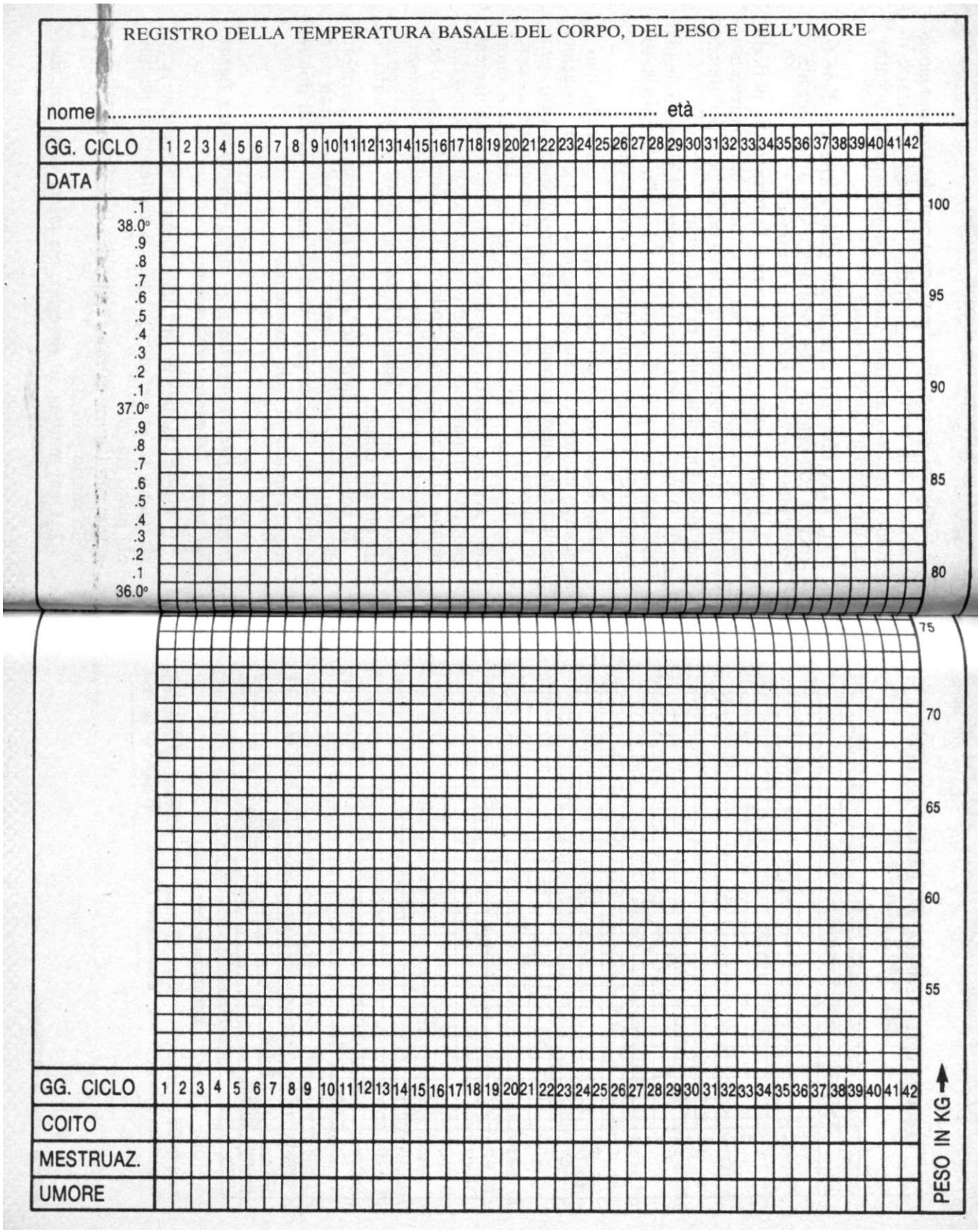
Io consiglio caldamente la tabella schema, che permette di controllare e quindi curare e/o prevenire una gran parte dei disturbi, vuoi di peso, vuoi di umore, vuoi di dolore, legati appunto al ciclo mestruale.

Istruzioni per la registrazione della temperatura basale del corpo, del peso e dell'umore

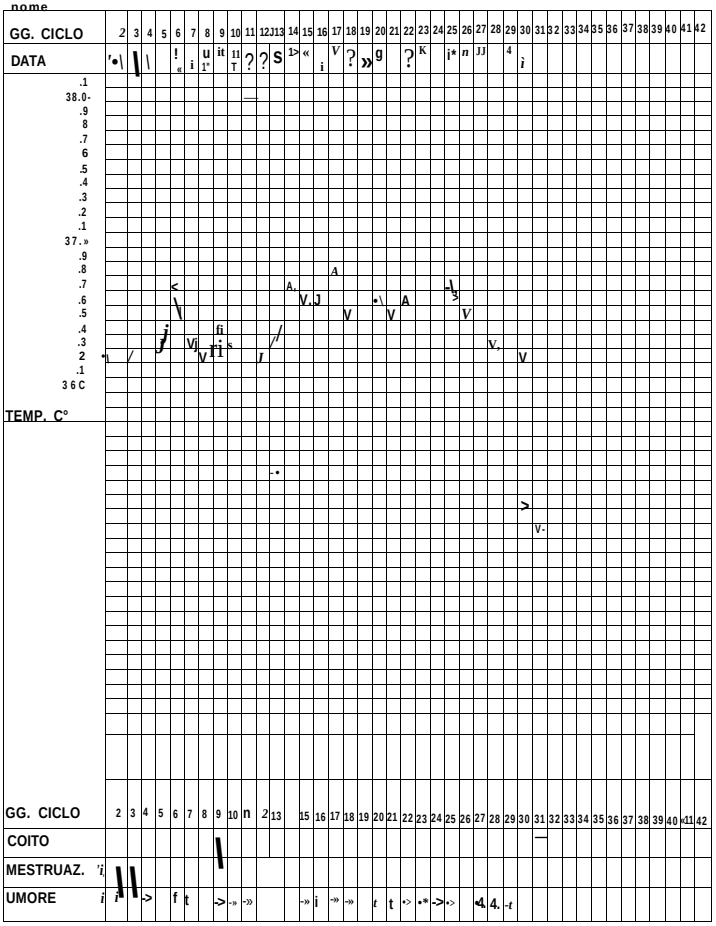
1. Inserite la data in alto nella colonna. Registrate accuratamente la temperatura sul grafico, mettendo un puntino nel posto giusto.

Indicate i giorni di coito (rapporto sessuale) con il rosso nello spazio previsto.

2. Ogni mattina, al risveglio, ma *prima* di alzarvi, met-


REGISTRO DELLA TEMPERATURA BASALE DEL CORPO, DEL PESO E DELL'UMORE
nome
età
GG. CICLO
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42
DATA
.1
38.0°
.9
.8
.7
.6
.5
.4
.3
.2
.1
37.0°
.9
.8
.7
.6
.5
.4
.3
.2
.1
36.0°
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
GG. CICLO
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42
COITO
MESTRUAZ.
UMORE
PESO IN KG

REGISTRO DELLA TEMPERATURA BASALE DEL CORPO, DEL PESO E DELL'UMORE



ISTRUZIONI PARTICOLARI:

Peso: annotare in rosso **Coito: @ rosso** **Umore: -> indifferente**
Temperatura: annotare in nero **Mestruazione: 82 nero** **buono ^ depressa**

Esempio pratico di compilazione.

tete il termometro in bocca per almeno due minuti. Fatelo tutte le mattine, anche durante le mestruazioni. Ricordate di non bere, mangiare o fumare prima di misurare la temperatura. Pesatevi e annotate il peso dopo le funzioni fisiologiche.

3. Il primo flusso mestruale è considerato l'inizio di un ciclo. Segnate ogni giorno del ciclo riempiendo il quadratino indicato sul grafico, iniziando all'estrema sinistra sotto il primo giorno del ciclo.

4. Qualsiasi ovvia causa di variazione della temperatura, come raffreddori, infezioni, insonnia, indigestioni, ecc., dovrebbe essere annotata sul grafico in corrispondenza della temperatura di quel giorno.

5. L'ovulazione può essere accompagnata, in qualche donna, da una fitta dolorosa al basso ventre. Se notate questo, indicate sul grafico il giorno in cui si è verificato.

6. Iniziate la registrazione di un nuovo ciclo su un nuovo grafico.

Il ginecologo e/o il medico curante saranno messi di fronte a fatti concreti e non potranno dire che è tutta immaginazione! Nella fase mestruale compare irritabilità, maggior appetito e in taluni soggetti aumento di peso da uno a cinque chili, come abbiamo già detto prima. Scarso o nullo l'effetto delle diete, maggiore il desiderio di farinacei e dolci e scatta il meccanismo: umore-depressione-cibo. In questa fase è difficile mantenere una dieta. La ritenzione idrica che colpisce mani, piedi e viso, ha un effetto anche sulla massa cerebrale che, anche se di poco, va soggetta allo stesso gonfiore del corpo, il che spiega l'irritabilità e l'acuirsi del gusto per alimenti dolci. Infatti vi è un aumento della sensibilità delle papille gustative della lingua per quei *cibi-tabù.* Questi sono momenti in cui una donna ben determinata, con grande sforzo di volontà, può solo *mantenere* il peso.

Distribuzione patologica del peso

La maggioranza dei casi di obesità maschile appartiene alla categoria *dell'obesità ipertrofica* e ho già detto come in questi casi sia facile perdere peso e, a risultato ottenuto, mantenerlo con relativa facilità. La distribuzione del tessuto adiposo avviene piuttosto regolarmente su tutto il corpo e in maniera abbastanza uniforme. *Nell'obesità iperplastica,* che colpisce la donna in modo particolare, abbiamo due modi principali di distribuzione del grasso che, per intenderci figuratamente, chiameremo il *tipo a pera* e il *tipo a cono gelato.* La forma a pera si presenta nella maggioranza dei casi ed è per definizione considerata l'obesità di tipo diencefalo-ipofisaria, per indicare la maggior componente glandolare. La forma a cono gelato è caratteristica di una disfunzione denominata di tipo surrenalico, oppure obesità a bufalo, poiché ricorda visivamente le forme di questo animale; comunque non è questo il tipo più frequente. Esaminando cento casi di obesità, il 3-4% è a «cono gelato» e il resto a «pera». Questi ultimi sono i casi *geneticamente programmati;* il soggetto che ne è affetto troverà sicuramente nella sua famiglia qualcuno fra gli ascendenti o i discendenti che presenta lo stesso problema. Agli albori dell'umanità tale aspetto doveva essere piuttosto frequente e considerato piuttosto attraente, dato che fino a noi sono arrivati numerosi esempi di rappresentazioni delle cosiddette Veneri preistoriche o «Steatopigie» *(steatos* = grasso, *opigi* = deretano). Queste Veneri in quelle remote epoche erano presenti in tutti i territori abitati dall'uomo e nello stesso momento storico: questa obesità aveva, quindi, una funzione ed era quella di consentire alla donna di avere in sé una riserva di energie sotto forma di

grasso e con quella particolare distribuzione. Erano donne deputate alla riproduzione e all'allattamento dei piccoli cui dovevano provvedere anche in assenza di cibo che non sempre era facile procurarsi. Questa finalità è purtroppo rimasta geneticamente incollata alla donna moderna che, pur non vivendo in caverne, pur mangiando, purtroppo tutti i giorni, pur non allattando numerosi piccoli, ha conservato nel corpo intatte queste potenzialità. Il più delle volte non mi è affatto facile far capire alle pazienti che un dimagrimento può comportare notevoli miglioramenti ma mai miracoli. Infatti a *sindrome iperplastica stabilizzata* sarebbe molto bello poter perdere peso nelle parti meno attraenti del corpo: fianchi, pancia, sedere, cosce e gambe, ma purtroppo non è così. Il peso si perde in modo uniforme dappertutto e non è detto che il punto in cui il deposito di grasso è più evidente sia quello in cui si verifica il dimagrimento maggiore e più rapido. L'entità di questi depositi di grasso è programmata di un certo spessore, il che significa che se l'obesa perde troppo grasso in una certa parte del corpo, vedi i fianchi, il corpo umano se lo va a «ripescare» in un'altra zona dove è presente per rimetterlo dove se ne era perso in eccesso. Questo processo va sotto il nome di *ridistribuzione,* e il processo dei movimenti di depositi di grasso da una parte all'altra del corpo si chiama appunto *migrazione.* Sono meccanismi fisiologici, e quindi normali, a cui non ci si può opporre. Alle pazienti che mi fanno l'elenco del «dove *dovrebbero* e dove *vorrebbero»* perdere peso, faccio sempre capire che perderanno sicuramente peso, ma dalla testa in giù, proprio per quanto ho detto sopra. Si può cominciare a notare qualcosa solo quando ci si avvicina al *peso pratico,* punto nel quale il dimagrimento rallenta oppure termina, appena si raggiunge il *peso ideale.* Dopo due-otto mesi di mantenimento del peso ideale si assiste a quel processo di *ridistribuzione,* per cui le gambe che erano rimaste piuttosto pesanti nei confronti del resto del corpo diventano meglio modellate, e il volto che era piuttosto emaciato diventa più tondo, riprendendo una quantità sufficiente di deposito di grasso sottocutaneo proprio quando si è terminato di perdere peso superfluo.

Cellulite

Ne sono afflitte più donne che uomini, con un rapporto di 2-3 su 100. Quando questa grave affezione si è già instaurata poco si può fare, dato che le alterazioni basali, quelle del derma e quelle del sottocutaneo sono irreversibili o quasi. La causa di questa affezione non è mai una sola; occorrono due o più fattori per provocarne l'insorgenza.

1. *Ereditarietà: a.* Obesità iperplastica (colpita in modo maggiore); *b.* obesità ipertrofica (colpita in modo minore).
2. *Diabete vero o latente.*
3. *Ipotiroidismo vero o latente e ipercorticosurrenalismo vero o latente.*
4. *Disturbi mestruali:* mancanza o gravi irregolarità assolute o relative. Indotte con eccesso di estrogeni e di progesterone da uso prolungato di anticoncezionali.
5. *Fattori alimentari: a.* quantitativi; *b.* qualitativi (glicidi e/o lipidi, alcolici).

I momenti di insorgenza della cellulite sono quelli coincidenti con gli aumenti di peso dovuti a eventi importanti della vita del soggetto nelle sue varie tappe. L'obesità nasce ed evolve secondo le cause che l'hanno provocata, per cui è importante, da parte del medico, approfondire l'aspetto cronologico delle circostanze in cui l'obesità si è manifestata e quelle in cui poi si è aggravata. La persona candidata alla cellulite si può ben identificare proprio nel periodo pre-puberale o puberale: se non si interviene in questo momento sarà poi difficile fare qualcosa di veramente efficace e dimostro subito il perché. I ricercatori di tutto il mondo sono concordi nell'affermare che la prima alterazione che si produce è proprio nel sottocutaneo, cioè dove il grasso si deposita e proprio a livello della vascolarizzazione (arterie, vene, linfatici). Le alterazioni vasali che si producono nelle piccole arterie sono istologicamente molto simili alle alterazioni che si riscontrano in soggetti anziani affetti da arteriosclerosi iniziale, e cioè quel quadro che va sotto il nome di «microarteroangiopatia senile». I vasi colpiti alterano la membrana basale ispessendola e ta-

lora raddoppiandola e gonfiandola con del materiale inerte, per cui il lume vasale si restringe comportando un'alterazione da parte del sangue che non riesce a passare nella arteriola colpita, mentre nella vena colpita il sangue non riesce a defluire; analogo discorso vale per il vaso linfatico. Queste alterazioni danno come conseguenza immediata uno sconvolgimento istologico e chimico delle cellule adipose *{adipocitì)* la cui origine è perivasale e che pur facendo parte delle cellule differenziate, cioè con un'evoluzione definita e ben stabilizzata, hanno però conservato un'insita capacità di riprodursi (aumento di numero nella *obesità ipertrofica),* oppure di aumentare solo il volume *(obesità iperplastica)* riempiendosi di grasso. Purtroppo l'adipocita è tra le più grandi cellule del corpo umano. Quando la cellula adiposa soffre per le lesioni vascolari descritte, oltre che proliferare, aumenta di volume spostando il suo nucleo, che prima era centrale, alla sua periferia, insomma diviene una cellula abbastanza anomala. Queste anomalie dell'adipocita sconvolgono anche tutta la struttura architettonica del sottocutaneo e soprattutto i *fibroblasti,* da cui si originano le fibre elastiche. Quindi, pur rimanendo fondamentalmente una cellula benigna, l'adipocita si comporta in effetti come una cellula impazzita, tanto da avvicinarsi abbastanza (ma non troppo, per fortuna) al comportamento delle cellule maligne dei tumori, anche per ciò che riguarda i processi enzimatici endocellulari. Le alterazioni enzimatiche dell'adipocita a proposito dell'immissione di grassi nel suo interno, avvengono anche per la reimmissione di detti grassi in circolo per soddisfare il fabbisogno dell'organismo. Le donne colpite da cellulite mostrano con disgusto la lesione e in effetti il danno estetico è talmente grave da poter usare il termine di *lipodistrofia maligna della pelle.* Le fibre elastiche che vanno dallo strato superficiale della pelle al derma sono schiacciate dall'alterazione dell'adipocita e reagiscono con alterazioni strutturali, ispessendosi in certi punti e spezzandosi in altri, proprio per carenza di nutrizione da parte del sangue. L'adipocita confluisce con altri adipociti a lui vicini (in gruppi da 30 a 100 circa) per formare dei *micronoduli* che a loro volta si raggruppano ancora fino ad arrivare a formare *ma-*

cronoduli palpabili. Le vene superficiali della pelle vengono spostate formando dei piccoli gozzi varicosi in cui il sangue ristagna e la pelle assume un aspetto a «mosaico» o a «vestito di Arlecchino». Le poche arteriole che erano rimaste indenni vengono compresse dalla loro proliferazione e dall'aggregazione degli adipociti per cui la pelle subisce un raffreddamento aggravando anche la circolazione di superficie e la cellulite si unisce a placche talora confluenti in piastroni di grande estensione. Quando il soggetto cala di peso, gli adipociti si sgonfiano ma rimangono sempre in agguato per riempirsi nuovamente di grasso; non solo, ma se hanno proliferato, aumentando di numero, non ci pensano affatto a diminuire. Qui comincia a comparire l'aspetto a «trapunta di letto» o a «materasso» e, quando gli adipociti sono aggregati in macronoduli, palpando si avverte sotto le mani la sensazione del «sacchetto di custodia del rosario» delle nostre nonne. Nel tessuto non avvengono più scambi *tessuto-sangue* a favore del sangue, ma al contrario avvengono scambi *sangue-tessuto* a favore del tessuto, facendo comparire edematosità dolorosa *(lipodistrofia dolorosa)* a causa di una imbibizione di liquidi *(ritenzione idrico-proteica).* Le zone di addensamento cellulitico aumentano di spessore, cosa che sconvolge ancora di più la disposizione delle fibrocellule, ispessite e spezzate, che poi vanno incontro a retrazione cicatriziale, per cui tutta la struttura elastica del sottocutaneo e del derma si altera mostrando in superficie la classica «buccia d'arancia».

Strategie dietetiche

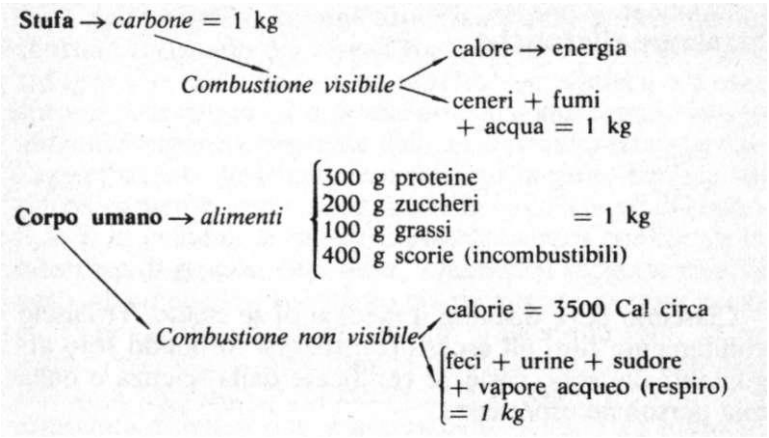
Ciascuno deve divenire il medico di se stesso. Tralascio volutamente tutti gli aspetti controversi fornendo solo argomenti che sono certezze codificate dalla scienza e dalla mia personale esperienza.

Cos'è la caloria?

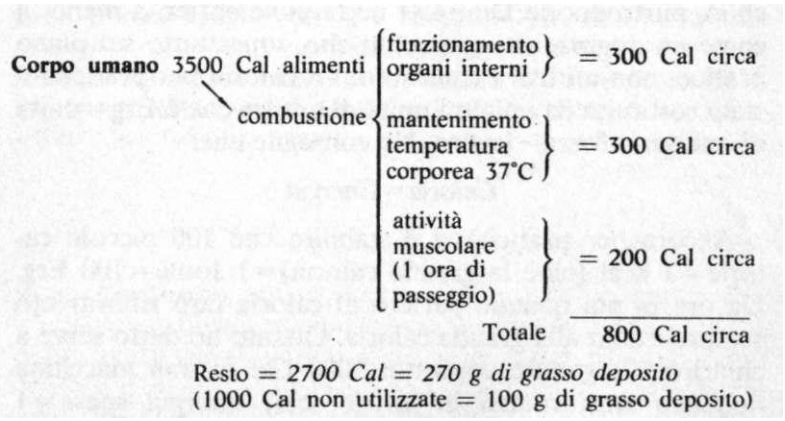
È un'unità di misura stabilita dai fisici nei seguenti termini: «La quantità di calore necessario per portare un grammo di acqua distillata dalla temperatura di 13,5 a 14,5 gradi centigradi». Questa è la piccola caloria. Si osservi subito che questa unità di misura è un fatto puramente convenzionale, ma tutte le tabelle dietetiche l'adottano (anch'io, purtroppo, e Dio sa se ne farei volentieri a meno...) come un dogma, atteggiamento che, soprattutto sul piano pratico, non mi trova d'accordo. La caloria per praticità è stata sostituita da un'altra unità di misura che è Erg = unità di energia = forza - lavoro. Ne consegue che:

Caloria = Energia

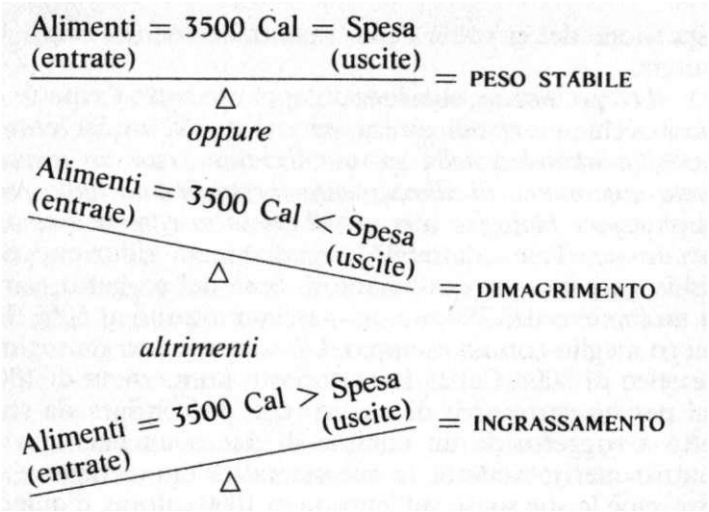
Ancora per praticità si è stabilito che 100 piccole calorie = 1 kcal (cioè la grande caloria) = 1 Joule = 100 Erg. Da ora in poi quando parlerò di caloria farò riferimento sempre e solo alla grande caloria. Quanto ho detto serve a chiarire il seguente concetto: 1000 Cal in una macchina debbono trasformarsi in lavoro, cioè energia spesa = 1 kg/lavoro. Consideriamo ora il corpo umano come una stufa a vapore, o meglio una locomotiva, in cui si introduce carbone (alimenti) che, bruciato, deve produrre lavoro, cioè trasformare il calore in energia:



Se il corpo non traduce *subito* in *movimento — energia* il calore derivato dalla combustione degli alimenti, si hanno dei fenomeni di accumulo delle sostanze introdotte e proprio sotto forma di grasso-deposito, specie per gli zuccheri e i grassi, dato che solo una parte molto modesta di proteine può essere immagazzinata a riserva.


Corpo umano 3500 Cal alimenti
combustione
funzionamento organi interni = 300 Cal circa
mantenimento temperatura corporea 37°C = 300 Cal circa
attività muscolare (1 ora di passeggio) = 200 Cal circa
Totale 800 Cal circa
Resto = 2700 Cal = 270 g di grasso deposito
(1000 Cal non utilizzate = 100 g di grasso deposito)

Il lettore confronti subito questi dati con la sua assunzione di cibo, con quanto spende in movimento e tiri le somme verificando il suo bilancio calorico.



Il corpo umano funziona quindi come una macchina a vapore, cioè una *macchina termodinamica (termos* = calore, *dynamis* = forza o movimento), per cui valgono le stesse regole che guidano questa branca della fisica, specialmente il primo principio della termodinamica, che afferma la «trasformabilità del calore in lavoro», e cioè: «Ogni qualvolta il lavoro si trasforma in calore o il calore in lavoro, la trasformazione avviene in rapporto costante». La maggior parte degli esseri umani, purtroppo, si trasforma in *macchine termostatiche,* cioè introducendo alimenti producono calore stando ferme o quasi!

Principi base di dietetica applicata

1. *Qualsiasi dieta diventa inutile anche a basso regime di calorie qualora non vi sia proporzione tra entrate e uscite.*

2. Qualsiasi farmaco che agisca sulle ceneri (resti della combustione alimentare) *non ha alcun effetto sullo spostamento e sull'eliminazione dei grassi-deposito.* I diuretici (che fanno eliminare acqua), i lassativi (che fanno eliminare feci), le saune (che fanno eliminare sudore) hanno azione solamente sulle ceneri e non sul processo di combustione e

dispersione del calore e della trasformazione del calore in energia.

3. Il *corpo umano,* considerato appunto sotto l'aspetto di una macchina termodinamica, ha una regola fondamentale che è *l'adattabilità della spesa sull'entrata, cioè un meccanismo automatico di allineamento messo in atto dalla programmazione biologica a scopo di difesa in caso di sottoalimentazione.* Tale adattabilità, mediante la riduzione del fabbisogno calorico quotidiano di base del soggetto, varia da un minimo del 25% ad un massimo intorno al 60%. Mi spiego meglio con un esempio. Un soggetto con un regime dietetico di 3000 Cal/24 h, sottoposto a una dieta di 1000 Cal per un certo arco di tempo (che può variare da soggetto a soggetto da un minimo di due a un massimo di quattro mesi), riadatta le sue necessità energetiche e di base, cioè le sue spese sull'entrata di 1000 calorie, e quindi, pur continuando ad alimentarsi con 1000 Cal, dopo una prima discesa di peso anche soddisfacente pian piano si riassesta sulla nuova situazione mantenendo a fatica il peso raggiunto e molte, anzi moltissime volte, recuperandolo. Questa adattabilità dell'umano (non *Homo civilis),* visto sotto il profilo di animale terricolo, è una connotazione ancestrale valida per tutti gli esseri viventi, di cui Madre Natura è l'artefice, ai fini della sopravvivenza. Senza questa adattabilità cosa ne sarebbe di un uomo solo, nudo nel mezzo della foresta amazzonica, con a disposizione solo quel cibo che è capace di procurarsi con le sue mani?

Ciò dimostra l'inefficacia dei regimi dietetici a bassissimo contenuto calorico (sotto le 1000 Cal/24 h) mantenuti per periodi troppo prolungati senza una concreta realizzazione di aumento della spesa energetica. I massimi risultati sul peso corporeo si possono ottenere nell'arco di due-quattro mesi, concentrando proprio su questo lasso di tempo il massimo sforzo dietetico-terapeutico *prima che intervenga il processo di adattabilità.* È pur vero che esiste anche il processo inverso, cioè il ritorno al fabbisogno calorico ante dieta, ma è un processo lentissimo e in alcuni casi addirittura non totale, anche dopo anni dalla fine del regime calorico ridotto. Ne consegue che trattamenti dietetici di fame possono causare e causano in effetti gravissime

ricadute di obesità che a questo livello può essere ritenuta indotta.

È ovvio che la persona obesa mangia troppo, ma cosa vuol dire troppo? E troppo in rapporto a cosa? Evidentemente non lo è se confrontato con quanto mangiano le altre persone di peso normale, ma in rapporto con quanto spendono gli individui affetti da obesità clinica o sovrappeso, dal momento che la loro spesa calorica sfiora a malapena la normalità o più spesso è estremamente insufficiente: quindi gli obesi sono per definizione *macchine termostatiche e non termodinamiche.*

Se a questo grave difetto aggiungiamo guasti di programmazione (genetici) e guasti metabolici e/o glandolari, per diventare grassi a questi soggetti ci vuole ben poco! Torniamo adesso alla dieta parlando di alimenti base.

Alimenti-base: proteine, zuccheri, grassi

L'uomo si alimenta con tre grandi categorie di sostanze singolarmente o variamente associate: le proteine, gli zuccheri, i grassi.

Introdotto in un calorimetro (strumento che misura le calorie sviluppate nella combustione in atmosfera di ossigeno puro sotto pressione), ciascun gruppo di sostanze sviluppa i seguenti valori medi di calorie.

proteine	**g 1 = 5,6 Cal.**
zuccheri	**g 1 = 4,2 Cal.**
grassi	**g 1 = 9,5 Cal.**

Logicamente tra corpo umano e calorimetro ci sono delle fondamentali differenze e quando si parla di calorie contenute in uno specifico alimento si deve sempre intendere per quello e quel solo alimento e con quella composizione. Ne consegue che per conoscere il numero corretto di calorie di ciascun prodotto alimentare, anche se appartenente alla stessa categoria, si dovrebbe analizzarlo singolarmente. Per esempio: due pezzi di 100 g di pane, variando le quantità percentuali di acqua in essi contenuta, variano anche nel numero delle calorie; cioè, più acqua racchiudono meno calorie contengono. *Questa regola vale per tutti gli alimenti.*

Quando nelle diete specifico il numero di calorie (in modo puramente convenzionale), spiego che tale numero è da prendere solo come puro riferimento numerico, ma che è assolutamente indicativo sia in eccesso sia in difetto. Tutto questo sta a indicare che la caloria di per sé non è un'unità di misura affidabile, specie quando si ha a che fare con un problema quale quello dell'obesità che ha due entità variabili: da un lato gli alimenti e dall'altro il corpo umano nelle sue infinite sfumature biotipologiche, ed è questo che fa della *dietetica applicata* nei confronti della *dietetica teorica* una scienza veramente complicata, specie poi per il soggetto obeso. Traduco subito quanto detto con esempi pratici.

a. Un pranzo di 8000 Cal (di Natale) fa ingrassare l'obeso di 2 kg circa, mentre seguendo il computo calorico tale ingrassamento avrebbe dovuto essere di solo 1 kg.

b. I volontari a dieta di 8000 Cal/24 h per sei mesi (ricordate?) sono ingrassati solo di una media compresa tra 12-24 kg, mentre secondo il computo calorico il loro peso avrebbe dovuto aumentare di una media tra i 105 e i 109 kg.

c. Una donna obesa a dieta di 600 Cal/24 h con 1 ora di tennis al giorno, essendo il bilancio calorico negativo dovrebbe perdere intorno a 1 kg/settimana. Cosa che invece non succede.

d. Un soggetto obeso a dieta di 600 Cal composta solo di zuccheri non perde peso, mentre con la stessa dieta di 600 Cal di sole proteine ne perde regolarmente. Molti esperti non ne sono ancora convinti, ma io dico: provare per credere.

e. Un soggetto a dieta di 1000 Cal/24 h perde peso meglio se dette calorie sono frazionate in tre pasti.

Ne viene come conseguenza che si possono formulare a questo punto tre regole che io chiamo «regole base» per chi vuole seriamente perdere peso e poi mantenere il risultato.

Regole base per chi vuole perdere peso

Prima regola base

Diminuire lentamente, molto lentamente il numero delle calorie totali/24 h. Mai comunque sotto le 1000 Cal, a meno che non sia prescritto dal medico e sotto sua strettissima sorveglianza per evitare la crisi di «adattabilità spesa-entrate», successiva a un brusco dimagrimento. Se da 3000 Cal/24 h si passa alle 600 Cal il peso diventa stazionario e con un tempo variabile da soggetto a soggetto e, se non si aumentano le energie spese in movimento, si assiste fatalmente a un lento recupero del peso perduto. Calare di peso lentamente è più faticoso perché più lento, ma decisamente più sicuro risulta il mantenimento del peso raggiunto. Nella mia pratica professionale, se non in rarissimi casi e con pazienti ricoverati, non prescrivo mai diete inferiori alle 1000 Cal/24h.

Seconda regola base

Almeno la metà delle calorie introdotta con gli alimenti nelle ventiquattro ore dev'essere a base di proteine (carne o pesce). Le calorie per grammo/sostanza delle proteine (5,6) e degli zuccheri (4,2) si discostano tra loro, anche se di poco, in favore degli zuccheri, quindi il lettore dirà che è meglio un piatto di spaghetti al posto della solita bistecca. Ma non è così. La persona obesa brucia meglio le proteine che gli zuccheri per i seguenti motivi:

a. Azione Dinamico Specifica (**ADS** delle proteine): un gran numero di calorie (intorno al 30% sull'apporto totale) viene richiesto dal corpo stesso per la degradazione degli alimenti proteici che devono venire assimilati e poi trasformati in energia motoria cioè:

1000 Cal/proteine-30% = 700 Cal utilizzabili

Questo si chiama anche «costo calorico della digestione».

b. Le proteine fanno oscillare meno i livelli di zucchero nel sangue evitando così l'iperinsulinemia che è causa del «vuoto allo stomaco», quindi le proteine soddisfano meglio il senso di fame (vedi tabella in basso) che non gli zuccheri; anche perché rimangono nello stomaco per un periodo più lungo onde essere digerite.

Alimenti	*Secrezione del succo gastrico*	*Permanenza nello stomaco*
	cm^3	ore
200 grammi di carne tritata e arrostita	1246	4
200 grammi di carne bollita	1203	3 1/2
250 grammi di prosciutto tritato bollito	517	3
2 uova sode	471	2 1/2
2 uova crude	388	1 ora e 10 m.
200 grammi di pane	820	2 1/2
250 grammi di patate bollite	742	3

c. Le proteine (e gli alcolici) sono i soli elementi nutrizionali che non possono (se non in minima parte) essere convertiti in grasso-deposito tranne che per le parti grasse delle carni (visibili) o commiste alle fibre muscolari (invisibili).

d. Abbiamo due fattori che nella dieta hanno influenza sulla sensazione di sazietà:

1. la durata del tempo nel quale i cibi rimangono nello stomaco;
2. la quantità di succhi gastrici di cui stimolano la secrezione.

Terza regola base

Frazionare il numero delle calorie/24 h in tre pasti. Tasto dolente. Gli italiani saltano regolarmente la colazione, la sera mangiano troppo tardi e quindi la mattina presto, svegliandosi ancora sazi, non si mangia niente o quasi. A pranzo si va di fretta e si mangia un toast o un panino (non

credo che gli alimenti che normalmente prescrivo siano più difficili da reperire o richiedano maggior tempo). Quindi le calorie prescritte o meno vengono «compresse» nel pasto della sera, ma il risultato di ricerche fatte da me e da altri spero serva da deterrente a queste cattive abitudini.

Esperimento

4 gruppi di pazienti		*1000 Cal/24 h*	*Nessuna medicina*
I gruppo			
Colazione	250 Cal	*peso perso*	1 kg/settimana
Pranzo	250 Cal		
Cena	500 Cal		
Tot.	1000 Cal		
II gruppo			
Colazione	0 Cal	*peso perso*	1 kg/settimana
Pranzo	250 Cal		(*250 Cal in meno*)
Cena	500 Cal		
Tot.	750 Cal		
III gruppo			
Colazione	0 Cal	*peso perso*	800 g/settimana
Pranzo	0 Cal		(*500 Cal in meno*)
Cena	500 Cal		
Tot.	500 Cal		
IV gruppo			
Colazione	0 Cal	*peso perso*	500-600 g/settimana
Pranzo	0 Cal		
Cena	1000 Cal		
Tot.	1000 Cal		

Conclusioni

L'obeso può «sopportare» un certo numero di calorie e non oltre, il resto viene trasformato in grasso. Madre Natura inoltre non sa che il giorno dopo si mangia di nuovo e quindi immagazzina quanto più può in previsione di un possibile, eventuale digiuno (sempre nudi nella foresta amazzonica...) che non viene mai! Quanto detto vale soprattutto per quei soggetti che stanno a digiuno per ventiquattro o quarantott'ore consecutive pensando di evitare, così facendo, i danni di una scorpacciata programmata, che invece verrà puntualmente trasformata in grasso deposito. In dietetica applicata non si compensa mai con un errore in più un errore in meno. In tanti anni di pratica professionale *non ho mai chiesto a un paziente di saltare un pasto.* Inoltre la digestione dei tre pasti richiede per la conversione in energia-calore la somma di tre distinte e separate quantità di calorie (costo della digestione = 3/3); invece la digestione di un solo pasto (serale appunto) ne richiede una quantità minore (1/3). Anche in questo caso la Natura raggiunge lo scopo di economizzare il più possibile le calorie ingerite diminuendo i costi della digestione.

Bisogna rivedere la programmazione degli orari di lavoro e quindi dei pasti, esaminare il modo, il quando, il quanto e la qualità di ciò che si mangia; riprogrammare gli orari del tempo libero serale e il tempo dedicato al sonno, proprio ai fini della salute, che l'obesità può minare. Parliamo dei grassi alimentari che richiedono una trattazione più lunga. Grassi g 1 = 9,5 Cal.

Sono l'alimento base apportatore del maggior numero di calorie in assoluto.

Solo l'alcol (sotto le sue più svariate forme di assun-

zione) raggiunge, ma non completamente, il potere calorico dei grassi. Infatti: Alcol g 1 = 9 Cal.

Tutte le diete controllate per ridurre il peso con una certa rapidità, comunque al di sotto delle 1200 Cal/24 h, devono comportare una drastica riduzione nella quantità dei grassi e tra questi proprio i grassi di derivazione animale, che contengono le frazioni di grasso più deleterie per l'uomo (colesterolo, trigliceridi, betalipoproteine ecc.). I formaggi possono essere più o meno grassi, variando la percentuale da tipo a tipo, ma la definizione che vedo molto spesso scritta, anche in diete piuttosto accurate, di formaggio magro è un controsenso e quindi errata. Il latte definito magro, in cui la materia grassa viene ridotta, non scende quasi mai sotto il 3%, altrimenti si avvicina molto all'acqua di rubinetto, quindi il pericolo di deposito è proporzionalmente minore, ma sussiste sempre. Anche alcune carni, come l'agnello o il maiale, contengono tra le fibre (anche parti che all'occhio sembrano apparentemente magre) quantità di grassi finemente commisti. Da qui nasce la necessità di escludere dalle diete questo tipo di alimenti. Gli alcolici, apportando le stesse calorie dei grassi, o poco meno, hanno un solo vantaggio, e cioè che nell'uomo non possono essere convertiti in grasso-deposito (manca, infatti, il processo chimico di conversione-accumulo), ma, poiché apportano un gran numero di calorie, queste debbono essere spese per forza e lo sono infatti; ma chi beve normalmente mangia anche qualcosa e quel «qualcosa» finisce nei depositi.

Facciamo un esempio:

100 g di spaghetti	+1 bicchiere di vino
(calorie accumulate)	(calorie spese)

Naturalmente gli alcolisti cronici che mangiano poco e bevono moltissimo da un certo punto in poi dimagriscono gravemente finendo magari con la cirrosi epatica. A calorie pari sarebbe molto facile, sia per me che per il paziente, poter sostituire le proteine (carne e pesce) con i grassi animali (formaggio, uova, latte ecc.), ma il calo di peso si arresta improvvisamente. Anche qui provare per credere. La

dietetica moderna e la pratica quotidiana hanno sfatato una legge che regnava sovrana da anni nella fisiologia della alimentazione: quella della *isodinamica,* secondo la quale una sostanza alimentare vale l'altra e può sostituirla purché si mantenga uguale l'apporto di calorie. Questa legge vale ancora solo per proteine => proteine, grassi => grassi, zuccheri => zuccheri.

Consigli pratici

Seguire una dieta non significa, come generalmente si pensa, diminuire di peso, ma mantenerlo qualora sia quello giusto o addirittura aumentarlo qualora sia necessario. Un gran numero di malattie può essere curato anche solo con consigli dietetici.

Vediamone alcuni.

1. Pesarsi tutte le mattine a digiuno. È un consiglio utilissimo quasi mai seguito. Sarà la bilancia a dirvi se e che cosa mangiare. Trascurate il numero di calorie indicate nei vari manuali; sono elementi troppo variabili e troppo complicati per esservi di qualche utilità come prima ho ampiamente spiegato. Solamente per praticità potrete trovare indicate negli schemi dietetici le quantità di calorie.

Tale calcolo è però approssimativo sia in eccesso che in difetto, anche se abbastanza vicino alla realtà; basti pensare, infatti, che arance provenienti da alberi diversi possono contenere quantità di calorie diverse. Questo vale per tutti gli alimenti.

2. Mai saltare un pasto. Per riacquistare il peso ideale basta riprendere la dieta base. Stare a dieta non significa non mangiare, ma alimentarsi con ciò che fa bene ed escludere ciò che fa male, come dimostrato in base ai risultati delle analisi praticate.

3. L'attività fisica, specie se all'aperto, è utilissima sia per perdere peso sia per mantenere il peso ideale quando sia stato raggiunto. Anche se non si deve dimagrire, lo sport aiuta a mantenersi sani fisicamente e mentalmente. Un'attività fisica elementare è camminare, anche se non di seguito, almeno un'ora al giorno. Preferite l'attività fisica

all'aria aperta e ricorrete ad ambienti chiusi solo se le condizioni metereologiche vi impediscono di uscire. L'uomo moderno vive troppo in ambienti chiusi con aria e luce artificiale. Il lavoro casalingo o di ufficio è considerato sedentario o semisedentario, pertanto non è utile né al fine del peso, né a quello della salute.

4. Pur non trascurando l'aspetto estetico, che è fondamentale per ogni individuo, ricordate però che il suo stato di salute è più importante.

Il peso superfluo abbrevia la durata della vita quanto più ci si allontana dal peso ideale. La tarda età in buona salute si raggiunge solo con un'autodisciplina nell'alimentazione e nell'attività fisica costante.

5. Eliminare tutte le cause di nervosismo che possono portare a una sovralimentazione o a una sottoalimentazione.

L'essere umano cerca nel cibo un modo pratico, ma dannoso, di distensione, sia sovralimentandosi che sottoalimentandosi.

6. Nello schema dietetico troverete:

Alimenti permessi in calcolata quantità
Alimenti temporaneamente vietati
Alimenti vietati

Per chiarire, una dieta può essere qualitativa o quantitativa o entrambe le cose associate.

Intendiamo per *qualitativa* quella dieta in cui si deve tenere conto solo delle esclusioni, cioè gli alimenti sono permessi indipendentemente dal loro peso e quelli non permessi sono definitivamente o temporaneamente esclusi.

Per *quantitativa* intendiamo, invece, quella dieta in cui gli alimenti che vengono concessi hanno anche limitazioni nel peso.

Per *qualitativa-quantitativa* quella in cui sono categoricamente esclusi alimenti e quelli concessi lo sono con peso definito. Quindi in un primo periodo le limitazioni possono essere sia *qualitative* che *quantitative.* Una volta raggiunto il peso pratico o il peso ideale, la vostra dieta diventerà solo qualitativa e sarà poi il buonsenso a indicarvi la giusta

quantità e modalità per un'alimentazione corretta. È utile comunque, ai fini pratici, concentrare una maggiore alimentazione nei giorni in cui le normali occupazioni quotidiane permettono attività fisica.

7. I sacrifici fatti a tavola verranno in breve tempo ricompensati da un senso di benessere psichico (miglioramento dell'aspetto) e da un senso di benessere fisico immediati.

8. Per praticità gli alimenti sono stati divisi in otto *principali categorie,* anche se questa divisione è arbitraria e quindi non rispetta schemi scientifici da cui ci si è volutamente astenuti:

a. proteine (carni, pesci)
b. carboidrati o zuccheri (pane, pasta, riso, legumi, ecc.)
c. lipidi o grassi (latte e derivati, formaggi, uova)
d. verdure in genere
e. frutta in genere
f. bevande (acqua, tè, caffè, alcolici in genere)
g. condimenti e spezie
h. alimenti speciali

9. A differenza della maggioranza degli schemi dietetici in circolazione che stabiliscono oltre che la quantità anche la qualità dei cibi, divisi per i giorni della settimana, lo schema che troverete più avanti nella trattazione vi fornirà la *quantità dei singoli elementi indicati nelle ventiquattro ore.* In altre parole, gli alimenti delle ventiquattro ore sono come le pietre di un mosaico che metterete insieme a vostro piacimento, a seconda delle circostanze e delle occasioni in cui vi venite a trovare.

Questo specie per le persone che, per vari motivi (di lavoro), sono costrette ad alimentarsi fuori casa.

Ovviamente è importante rispettare sia la quantità (qualora sia stata fissata) che la qualità delle sostanze alimentari stesse.

10. Quando siete a casa *pesate gli alimenti* almeno nel primo periodo della dieta, fino a raggiungere un'esperienza sufficiente per saper valutare a occhio la quantità di cibo quando ci si debba alimentare fuori casa. Non saranno mai

i pochi grammi in più o in meno che sposteranno il vostro programma dietetico.

11. *Diffidate sempre di schemi dietetici* ricavati da giornali o, se stampati, che non portino il nome del medico. La prescrizione dietetica alimentare equivale in tutto e per tutto a una prescrizione farmaceutica, pertanto deve rispettare le stesse regole di questa. Diffidate anche di schemi con nomi strani (fantino, astronauta, punti, Mayo ecc.) come anche di chiunque vi metta ad un regime dietetico senza una regolare visita medica (storia clinica familiare e personale, esame clinico completo, analisi cliniche). Diffidate infine di chi vi sottopone a un regime dietetico e farmaceutico senza spiegarvene i motivi.

Avvertenze generali

1. La dieta, nelle quantità stabilite, è bene venga frazionata nelle ventiquattro ore suddividendo gli alimenti permessi nelle quantità concesse (a seconda delle personali preferenze), possibilmente in tre pasti.

2. Qualora per motivi di lavoro non si possano portare cibi preparati (sempre che la dieta sia limitata anche nella preparazione dei cibi) il pasto di mezzogiorno potrà essere fatto anche di sola frutta o di altri cibi che siano pratici da portare con sé.

3. Il peso indicato per i cibi s'intende al netto delle scorie, per i cibi crudi al netto crudo, per i cibi cotti al netto dopo la cottura.

4. I condimenti vanno adoperati come specificatamente prescritto (qualora siano indicate sia la qualità che la quantità).

Non eliminate assolutamente olio e sale, a meno che ciò non sia espressamente ordinato dal medico.

5. È bene eliminare le parti grasse della carne prima della cottura, dato che non solo elevano il numero delle calorie, ma sono, nel nostro clima, di difficile digestione per tutti.

6. La frutta è bene sia consumata cruda, dato che la cottura elimina le vitamine in modo pressoché completo. È

meglio eliminare la frutta sciroppata, o comunque conservata, a meno che non sia reperibile quella fresca. I succhi di frutta o di vegetali sono permessi, purché preparati in casa e con ingredienti freschi, per evitare sostanze coloranti e/o zuccheri. Eccezionalmente, se irreperibili alimenti freschi, possono essere limitatamente usati prodotti industriali. Verificate comunque che sulla confezione sia indicata la composizione; se su quest'ultima vi sono sostanze a voi date come controindicate (es. coloranti artificiali, zucchero, sale ecc.) scartateli senza indugio.

Quando il rapporto con il paziente è diretto, sono io che stabilisco, a seconda delle necessità caloriche di base (metabolismo basale), dell'attività lavorativa e fisica svolta, dell'età e via dicendo, il piano dietetico.

Invece il lettore deve «costruirsi» da solo questo piano, che il medico personale potrà opportunamente correggere, dando però adeguate spiegazioni (vedi calcolo del metabolismo basale).

Le tabelle del rapporto peso-altezza, sia dei libri per esperti sia di giornali e rotocalchi, sono talora in contrasto netto tra di loro con dati che potrebbero essere discussi all'infinito.

Attenendosi a un criterio di praticità, il peso ideale del soggetto adulto *sano* è (escludendo soggetti affetti da disturbi glandolari o metabolici):

a. per la donna quello che era nell'età compresa tra i 18 ed i 22 anni (prima di eventuali maternità);

b. per l'uomo quello che era compreso tra i 18 e i 25 anni.

A questo peso giovanile aggiungere:

Per la donna 1 kg di peso per ogni maternità +1 kg ogni 10 anni in più dei 22 anni;

Per l'uomo 1 kg per ogni 5 anni in più del limite dei 25 anni.

Questo è il parametro massimo concesso in cui ci si può

considerare nella normalità. Una regola da sfatare è quella secondo la quale il peso in kg dovrebbe corrispondere al numero di centimetri oltre il metro (per esempio cm 170 per kg 70), dato che non tiene conto di fattori antropometrici e biotipologici.

Se si è superato il parametro massimo bisogna cominciare seriamente a porvi rimedio.

Metabolismo basale

Il corpo umano a digiuno e a completo riposo, per mantenersi in vita, per garantire un'attività minima ai suoi organi essenziali (cuore, polmoni, muscoli respiratori, muscoli lisci intestinali, vasi, glandole ecc.) e per mantenere una temperatura corporea interna di 37 °C deve adoperare energia-calore.

Il livello minimo di calorie spese per questa attività si chiama appunto metabolismo basale (MB). Il MB è proporzionale alla massa del corpo che a sua volta è in proporzione diretta alla superficie di quest'ultima (espressa in metri quadrati).

Il lettore deve calcolare questa sua superficie corporea onde stabilire il numero di calorie necessarie all'attività di fondo del corpo a riposo assoluto (come se fosse un connotato personale e in effetti lo è) e partire da questo dato per organizzarsi una dieta che non sia cervellotica (in difetto o in eccesso).

Per fare ciò basterà tracciare, nello schema alla pagina 77, una linea retta che congiunga il peso con l'altezza. Il valore indicato nel punto di incrocio di tale retta con la linea della superficie corporea dà la misura dell'area della superficie corporea in metri quadrati. Il MB varia a seconda dell'età, per cui questi valori vengono riferiti solo agli adulti secondo il diagramma della pagina seguente. A questo numero fisso e indispensabile di calorie bisogna aggiungere altre calorie extra per le ore di lavoro (8/24 h), assumendo come valori campione di confronto quelli stabiliti per alcune attività umane riportati nella tabella seguente.

Dattilografa	**24 calorie**
Autista	**30 calorie**
Negoziante	**40 calorie**
Sarto	**45 calorie**
Impiegato	**45 calorie**
Infermiera	**60 calorie**
Falegname	**65 calorie**
Calzolaio	**65 calorie**
Donna di casa	
Domestica	**80 calorie**
(lavoro leggero)	
Postino	**100 calorie**
Fabbro	**140 calorie**
Donna di casa	
Domestica	**150 calorie**
(lavoro pesante)	
Facchino	**300 calorie**
Contadino	**350 calorie**
Taglialegna	**380 calorie**

Aggiungere ancora da 400 a 600 calorie di media per attività extralavorativa ordinaria alzarsi, sedersi, un'ora di cammino a piedi per recarsi e tornare al posto di lavoro, oppure un'ora di cammino continuato. Infine aggiungere ancora un 10% di **A D S** (attività dinamica specifica degli alimenti = costo della digestione).

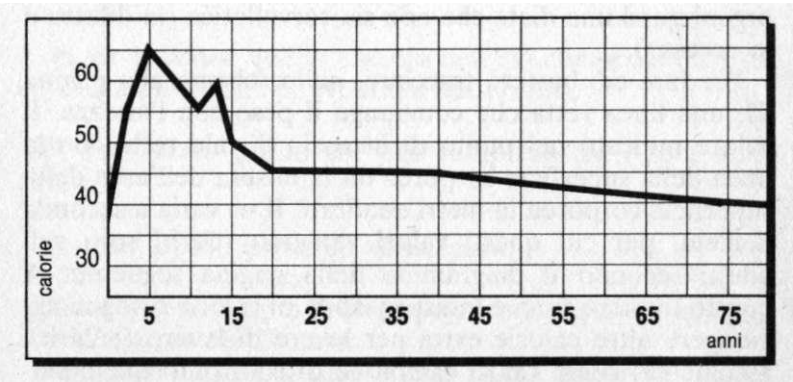
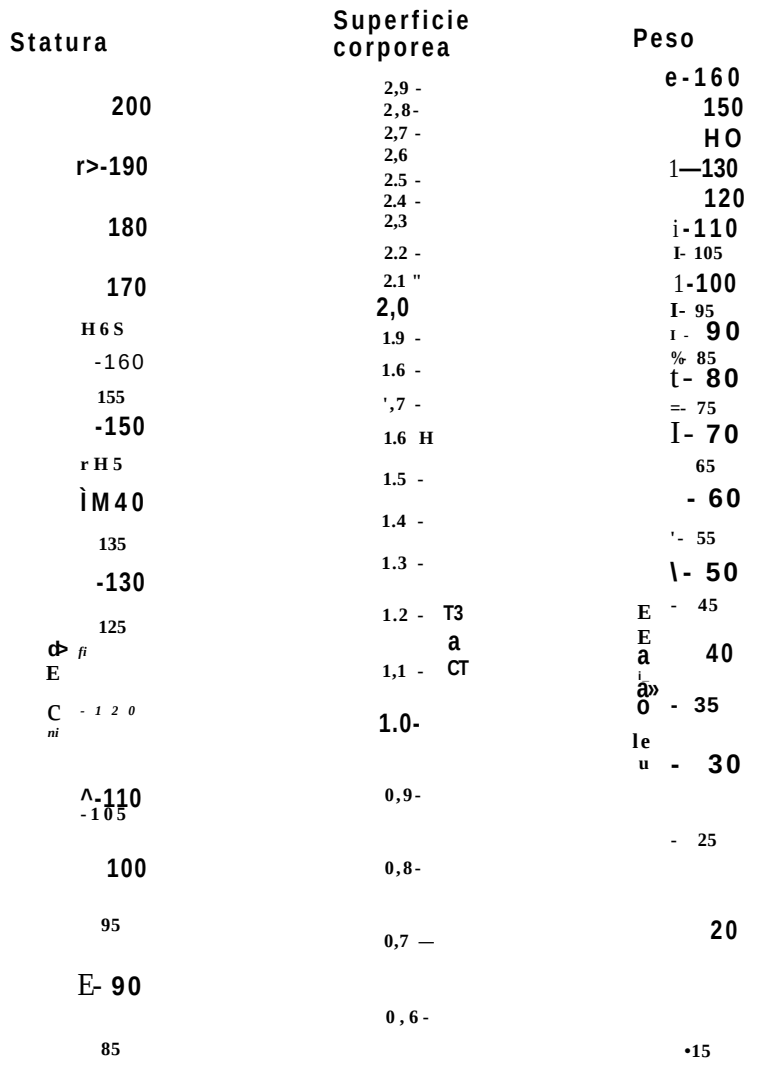


Diagramma di variazioni del metabolismo basale (espresso in calorie) a seconda dell'età.



Nomogramma espresso secondo la formula di Du Bois per ottenere la superficie corporea di un soggetto in funzione del peso e della statura.

Alimenti	Per ogni 100 grammi di sostanza				
	Proteine	Grassi	Carboidrati	Ceneri	Calorie
	g	g	g	g	
Lombo magro di bue .	19,1	12,1	–	1	198
idem grasso di bue....	17	26,2	–	0,9	323
Costola di bue.....	17	25,3	–	0,7	315
Rotella di bue magra .	20,7	7,5	–	1,1	162
Fegato di bue.....	20,4	4,3	1,7	1,2	1364
Carne di bue lessa in scatola.....	24,7	21,4	–	1	311
Lombo di vitello.....	19,3	10,3	–	0,8	183
Agnello fresco, secondo i tagli.....	17,18,5	18-28	–	0,8	255-344
Maiale fresco: lombo .	16,1	28,6	–	0,8	342
idem, bistecca cotta ...	19,3	43,1		1,7	494
Prosciutto.....	15,8	36,9	–	3,6	419
Salsiccia di maiale.....	12,6	42	1,1	1,7	558
Pollo.....	18,7	15,5	–	0,8	229
Merluzzo fresco.....	10,8	0,2	–	0,6	50
Trota.....	17,3	9,8	–	0,9	168
Merluzzo salato.....	24,9	0,3	–	14,3	112
Aringa affumicata.....	35,8	15	–	9,9	299
Uova crude.....	13	10	–	0,8	143
Latte di vacca.....	3,2	3,8	5	0,5	68
Formaggio.....	25,1	32,0	2,4	2,0	415
Burro.....	1	80,8	–	2,3	751
Lardo.....	–	95,0	–	–	877
Mais, farina.....	7,5	1,7	73,5	0,8	357
Orzo brillato.....	6,7	1,0	76,1	0,8	359
Avena, farina.....	13,4	6,6	65,2	1,4	395
	6,5	0,3	76,9	0,3	354
idem, bollito.....	2,3	0,1	23,8	0,2	111
Farina di frumento integrale.....	10,9	1,2	70,2	0,7	360
idem, ad alta resa.....	10,3	1,4	77	0,5	372

Alimenti	Per ogni 100 grammi di sostanza				
	Proteine	Grassi	Carboidrati	Ceneri	Calorie
	g	g	g	g	
idem, a bassa resa	8,7	0,9	73,6	0,4	356
Pasta da minestra	9,4-9,1	0,4-0,9	74-75	0,5-0,8	360
Pane integrale	7,5	0,8	49,1	1	248
idem, bianco	7,1	1,2	52,3	0,8	263
Panini abbrustoliti	8,9	1,4	60,3	1,3	306
Zucchero	–	–	100	–	394
Fagiolini freschi	1,7	0,3	7,2	0,6	40
Fagioli bianchi secchi	15,8	1,6	59,9	2,6	337
Bietole fresche	1,2	0,1	9,4	0,8	45
Cavolo	1,2	0,3	9,4	0,8	31
Carote fresche	0,7	0,4	8,9	0,8	44
Lattuga	0,9	0,3	2,9	0,7	19
Piselli verdi	5,2	0,5	16,7	0,8	95
idem, secchi	17,3	0,9	62,5	2,2	332
idem, verdi cotti al burro	5,1	3,1	14,4	1,1	108
Patate	1,7	0,1	17,7	0,8	82
Spinaci freschi	1,6	0,3	3,2	1,6	22
idem, cotti al burro	1,6	3,7	2,7	1,1	52
Pomodori	0,7	0,4	3,8	0,4	22
Rapa (navone)	1,0	0,2	7,8	0,6	38
Mele	0,3	0,5	12,8	0,2	57
Banane	1	0,5	19,9	0,6	88
Fichi	1,2	–	17	0,5	73
Uva	1,1	1,4	17,3	0,4	86
Varie altre frutta secche	0,5-1,4	0,2-0,9	6-18	0,3-0,5	35-70
Uva secca	2,0	3,0	68,7	2,6	310
Fichi secchi	3,4	0,3	67	1,8	284
Mandorle	17,8	49,4	15,6	1,5	591
Noci avellane	13,3	58,8	11,7	1,8	645

ESEMPIO PRATICO:

Uomo di 40 anni

cm 180 kg 70	Superficie corporea $m^2 = 1,95$		
Impiegato per	Calorie per m = 39,5		
8 ore di lavoro	MB per 24h = 39,5 × 1,95 × 24h	=	Cal 1848,6
			arr. Cal 1800
	Extracalorie (lavorative) 45 × 8	=	Cal 360
	Extracalorie (attività ordinaria) × 8h =		Cal 400
			Cal 2560
	arrotondato a		2600
	+ 260 Calorie × ADS		260
	TOTALE		Cal 2860

Con carta e matita il lettore faccia questo conto applicandolo a se stesso e avrà subito evidente quante calorie in più immette senza che queste vengano spese. Vi è anche un sistema più rapido per il conto delle calorie delle 24 ore, ma è lievemente meno accurato:

Moltiplicare il proprio peso corporeo in kg X 36 Cal
Esempio: 70kgx36 Cal = 2520.

Per persone molto attive fisicamente tale numero fisso di 36 Cal va aumentato di 4 Cal/kg.

Per persone poco o per niente attive va diminuito di 4 Cal/kg.

Tutti i lavori stancano, ma un conto è stancarsi e un altro è consumare calorie!

La tabella che segue (tra le tante è decisamente una tra le più accurate) fornisce il numero di calorie per 100 grammi di ciascun tipo di alimento.

Sulla base delle calorie in tabella il lettore scriva giorno per giorno per una settimana quello che ha mangiato e tirando le somme sarà sorpreso di vedere di quanto le entrate superino le uscite.

A questo punto per ridurre il peso è necessario cominciare a ridurre le entrate di 200 Cal/24 h fino a raggiungere in un mese il livello del 1200-1400 Cal/24 h, aumentando però le spese camminando due ore al giorno (anche se non di seguito e a passo normale).

Si deve ottenere un calo di peso dell'ordine di 2 kg o 2 kg e mezzo in 30 giorni di dieta di 1200-1400 Cal, calo lento ma sicuro e che io considero ottimale. Appena raggiunto il *peso ideale,* mantenendo e se si può anche aumentando l'attività fisica, si provi ad aggiungere 150-200 Cal/24 h verificando sulla bilancia cosa succede, *ma tutti i giorni!* Pesarsi ogni tanto (per esempio una volta alla settimana) può costituire un'amara sorpresa.

Eliminare 1 kg costa poco sacrificio, ma eliminarne 5 è ben più difficile!

Ricordate: si mangia tutti i giorni, quindi bisogna pesarsi tutti i giorni.

Dieta da 1000 a 1900 calorie

La *mia dieta base* da 1000 Cal/24 h - riportata nella pagina seguente - è quella che uso quando sia necessaria una rapida diminuzione di peso nell'obesità clinica; tranne che per le grandi obesità, la dieta non deve superare i 2-4 mesi di durata.

Notare che sono state eliminate le cifre decimali, in quanto non sono pratiche né hanno alcun senso logico; indicare ad esempio g 80,5 è inutile, dato che 80 o 81 ai fini pratici è la stessa cosa.

Agli inizi la costruzione della dieta potrà sembrare complicata.

Tuttavia procedendo nel tempo e seguendo le tabelle che indicano giorno e tipo di alimento per quel giorno determinato tutto apparirà più semplice.

Ho indicato come permessi sia gli alimenti A che gli alimenti B:

alimenti A: apportatori di minor numero di calorie;

alimenti B: apportatori di un numero maggiore di calorie per g/sostanza.

DIETA 1000 CALORIE
(Frazionare la dieta in tre pasti nelle 24 ore)

Qualora di una lista siano assegnati alimenti A e alimenti B, la quantità da consumare sarà data da A + B. In caso di irreperibilità di alimenti A o di alimenti B, invece si dovrà riversare la somma delle quantità rispettivamente assegnate.

Le proteine (Lista V e Lista VI) vanno sommate ma, qualora si preferisca una sola delle due liste, il totale dev'essere sempre la somma delle due.

LISTA V	Carne	A	grammi 80
	Carne	B	grammi 80

La carne può essere cotta a piacere tranne che fritta panata.

LISTA VI	Pesce	A	grammi 80
	Pesce	B	grammi 80

Il pesce può essere cotto a piacere tranne che fritto.

LISTA II	Vegetali	A	grammi 100
	Vegetali	B	grammi 100

Per le verdure consumate crude il peso si intende da CRUDO dopo essere state pulite.

Per le verdure consumate cotte il peso si intende da COTTO dopo essere state pulite.

LISTA III	Frutta	A	grammi 200
	Frutta	B	grammi 200

Si possono assortire le diverse qualità di frutta, anche sotto forma di SPREMUTE e FRULLATI, purché si usino le quantità sopra indicate.

LISTA VII	Grassi	A	grammi 15
	Grassi	B	grammi 10

BEVANDE: **Orzo, caffè HAG, tè a volontà con saccarina o altri dolcificanti (tipo Dietor, Aspartame, Fructan).**
Acqua libera anche durante i pasti, purché minerali non gassate. Escludere tassativamente cartine e bibite.

Nel preparare i vari alimenti si possono usare odori, aromi e spezie (sedano, prezzemolo, origano, aglio, cipolle, pepe, peperoncino ecc.).

SALARE **normalmente.**

ESEMPIO ESPLICATIVO

Prima colazione:	1 caffè HAG o altre bevande 1/3 di frutta indicata nella lista III A-III B
Pranzo:	Metà della quantità di carne indicata nella lista V A-V B (cotta a vapore, arrosto, al forno, bollita, hamburger ecc.) Metà della quantità di verdure della lista II A-II B 1/3 della frutta indicata nella lista III A-III B
Cena:	Metà della quantità di pesce della lista VI A-VI B (bollito, arrosto, o al forno) Metà della quantità di verdure della lista II A-II B 1/3 della frutta indicata nella lista III A-III B

Bevande a volontà tra quelle indicate.

La frutta e le bevande indicate possono essere consumate, a preferenza individuale, anche a metà mattina o a metà pomeriggio.

LISTA I

Latte	**Misura approssimativa**	**Peso**
Intero	1 tazza	240 grammi
Evaporato	$^1/_2$ tazza	120 grammi
Magro acido (yogurt)	1 tazza	240 grammi
Scremato	1 tazza	240 grammi

LISTA II

Vegetali A	**Peso**
Asparagi	100 grammi
Sedano	100 grammi
Verdura da insalata	100 grammi
Pomodori	120 grammi
Cardi	100 grammi
Spinaci	100 grammi
Zucchine	100 grammi
Melanzane	90 grammi
Carciofi	100 grammi
Cicoria	100 grammi
Scalogno	100 grammi
Indivia	100 grammi
Funghi	90 grammi
Vegetali	**Peso**
Broccoli	90 grammi
Rape di Bruxelles	80 grammi
Cavolfiori	80 grammi
Fave	60 grammi

Carote	**90 grammi**
Piselli	**60 grammi secchi***
Ceci	**60 grammi secchi***
Rape	**90 grammi**
Fagioli	**60 grammi secchi***
Patate	**60 grammi**

*** 80 grammi freschi.**

LISTA III

Frutta A	**Misura approssimativa**	**Peso**
Mela	2 pezzi	80 grammi
Succo di mela	1/2 tazza	100 grammi
Fragole	1 tazza	150 grammi
Melone di inverno	1/4	150 grammi
Ciliege	10 piccole	75 grammi
Pompelmi	1/2 piccolo	125 grammi
Succo di pompelmo	1/2 tazza	100 grammi
Uva	12 acini	75 grammi
Succo d'uva	1/4 di litro	60 grammi
Melone	1/4	150 grammi
Pesche	1 media	100 grammi
Pesche noci	1 media	100 grammi
Arance	1 media	100 grammi
Succo di arancia	1/2 tazza	100 grammi
Pere	1 piccola	100 grammi
Ananas	1/2 tazza	80 grammi
Susine o prugne	4 piccole	110 grammi
Mandarini	1 grande	80 grammi
Cocomero	1 fetta	175 grammi
Kiwi	2 medi	80 grammi
Frutta B	**Misura approssimativa**	**Peso**
Banane	1 media	50 grammi
Albicocche	4 medie	80 grammi
Datteri	3 medi	15 grammi
Cachi	2 medi	80 grammi
Fichi freschi	2 medi	60 grammi

LISTA IV

Pane e farinacei	**Misura approssimativa**	**Peso**
Pane bianco	1 fetta	25 grammi
Pane integrale	1 fetta	25 grammi
Crackers salati o non salati	8	25 grammi
Riso	1/2 tazza cotto	100 grammi
Pasta	1/2 tazza cotta	100 grammi
Fette biscottate	2 fette	35 grammi
Biscotti rotondi	3	30 grammi

LISTA V

Carne A	Misura approssimativa	Peso
Manzo	1 fetta sottile	30 grammi
Vitella	1 fetta sottile	30 grammi
Pollo senza pelle (petto o coscia)		30 grammi
Coniglio		30 grammi
Tacchino senza pelle (petto o coscia)		30 grammi
Carne B	**Misura approssimativa**	**Peso**
Maiale fresco	1 fetta sottile	30 grammi
Agnello	1 fetta sottile	30 grammi
Prosciutto crudo (senza grasso)	1 fetta sottile	30 grammi
Interiora (fegato, polmone, frattaglie, ecc.)		30 grammi

LISTA VI

Pesce A	Misura approssimativa	Peso
Merluzzo		30 grammi
Dentice		30 grammi
Spigola		30 grammi
Tonno al naturale		30 grammi
Calamari		30 grammi
Moscardini		30 grammi
Gamberetti		45 grammi
Pesce B		**Peso**
Sogliola		30 grammi
Crostacei in genere		30 grammi
Mitili in genere		30 grammi
Alici		30 grammi
Sardine		30 grammi

LISTA VII

Grasso ed equivalenti A	Misura approssimativa	Peso
Olio di oliva	2 cucchiai	10 grammi
Olio di semi	3 cucchiai	15 grammi
Olive	5 piccole	20 grammi
Grasso ed equivalenti B	**Misure approssimative**	**Peso**
Burro	1 cucchiaino	5 grammi
Pancetta	1 fetta	10 grammi

Margarina	1 cucchiaio	5 grammi
Panna al 20%	2 cucchiai	30 grammi
Panna al 40%	1 cucchiaio	15 grammi
Maionese	1 cucchiaio	15 grammi
Strutto per cottura	1 cucchiaio	5 grammi
Groviera	1 fetta	30 grammi
Parmigiano	3 cucchiai	30 grammi
Formaggio fresco, ricotta	1 fetta	30 grammi
Caciotta toscana	1 fetta	30 grammi
Uova	1	30 grammi

DIETA DI 1200 CALORIE

Prima colazione

Frutta	1 tazza di succo di arancia
	1 fettina di 25 grammi di pane bianco o di pane integrale
Latte magro	$^1/_2$ tazza o 1 yogurt magro
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure	*dalla lista*
1 equivalente di frutta	III AB
1 equivalente di pane	IV
$^1/_2$ equivalente di latte	I

Pranzo

Frutta	$^1/_2$ tazza di mele cotte
Pane	$^1/_2$ fettina di pane bianco o integrale
Carne	85 grammi di vitella
Uova	1 intero
Olio di oliva	1 cucchiaio
Vegetali II A	Pomodori a fettine o lattuga
Vegetali II B	$^1/_2$ tazza di piselli cotti
Vegetali II B	$^1/_2$ tazza di carote cotte
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure	*dalla lista*
1 equivalente di frutta	III AB
1 equivalente di pane	IV
$2^1/_2$ equivalenti di carne	V AB
$1^1/_2$ equivalenti di uova	VII B
1 equivalente di vegetali	II A
1 equivalente di vegetali	II A
Tè	a volontà
Caffè	se permesso

Cena

Gli stessi alimenti del pranzo.

Nota: Il *caffè s'intende normale a meno che non sia specificatamente escluso oppure siano indicati decaffeinati.*

DIETA DI 1500 CALORIE

Prima colazione	
Frutta	1/2 pompelmo o 1 tazza di succo di arancia
Pane	1 fettina di 25 grammi di pane bianco o integrale
Latte magro Latte intero	1 tazza oppure 1/2 tazza
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure	*dalla lista*
2 equivalenti di frutta	III
1 equivalente di pane	IV
1 equivalente di latte	I
Pranzo	
Uova	1
Frutta	2 prugne o susine
Pane	1 fettina
Carne o pesce	90 grammi
Latte	3/4 di tazza scremato o 1/2 tazza intero
Grassi	1 cucchiaino da tè di maionese
Vegetali II A	a volontà: sedano, cipolle, lattuga per preparare un'insalata con la maionese
Vegetali B	1/2 piatto di rape, sottaceto o semplici
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure	*dalla lista*
2 equivalenti di frutta	II AB
1 equivalente di pane	IV
3 equivalenti di carne o pesce	V e VI AB
1/2 equivalente di grasso	VII A
Vegetali come si desiderano da	II A
1 equivalente di vegetali sostituibile da	II B

Tè	
Caffè	
Cena	
Frutta	$^1/_2$ banana, 1 piccola pesca (in combinazione per dessert)
Patate	1 tazza di purè
Carne	3 fettine di manzo arrosto o $^1/_2$ petto di pollo
Uova	1 bollito
Olio di oliva	1 cucchiaio
Vegetali II A	Insalata, lattuga, spinaci, sedano, radicchio
Vegetali II B	$^1/_2$ piatto di carote cotte
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure	*dalla lista*
2 equivalenti di frutta	III AB
1 equivalente di patate	II
3 equivalenti di carne	V A
1 equivalente di uova	VII A
1 equivalente di grasso	VII A
Vegetali come si desidera da	II A
1 equivalente di vegetali da	II B
Tè	a volontà
Caffè	se permesso

Prima del pranzo il paziente può prendere una tazza di brodo sgrassato.

Nota: Il *caffè si intende normale a meno che non sia specificatamente escluso oppure siano indicati i decaffeinati.*

SALARE

BEVANDE: **Orzo, caffè HAG, tè a volontà con saccarina o altri dolcificanti (tipo Dietor, Aspartame, Fructan).**
Acqua libera anche durante i pasti, purché minerali non gassate.
Escludere tassativamente cartine e bibite.

DIETA DI 1700 CALORIE

Prima colazione	
Frutta	$^1/_2$ tazza di succo di arancia
Pane	$^1/_2$ fetta
Latte intero	1 tazza
Tè	a volontà
Caffè	se permesso

oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III AB
1/2	IV
1	I
1	VII A

Pranzo

Pane	1/2 fetta
Frutta	2 prugne o susine
Carne	100 gr di pollo o pesce
Latte intero	1/2 tazza
Vegetali II A e B	a volontà
Tè	a volontà
Caffè	se permesso

oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III AB
5	V
1/2	I

Cena

Pane	1/2 fetta
Frutta	1 pesca
Carne oppure	100 grammi di manzo
Uova	1
Latte intero	1/2 tazza
Vegetali II A e B	a volontà
Tè	a volontà
Caffè	se permesso

oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III AB
6 oppure	V AB
1	VII AB
Tè	
Caffè	

Alcuni equivalenti potranno essere usati per lo spuntino del mattino, pomeriggio o sera.

Nota: Il *caffè si intende normale a meno che non sia specificatamente escluso o indicati i decaffeinati.*

SALARE

BEVANDE: **Orzo, caffè HAG, tè a volontà con saccarina o altri dolcificanti (tipo Dietor, Aspartame, Fructan).**
Acqua libera anche durante i pasti, purché minerali non gassate. Escludere tassativamente cartine e bibite.

DIETA DI 1900 CALORIE

Prima colazione	
Frutta	2 prugne o 1 mandarino grande
Pane	1 fettina e $^1/_2$ tazza di fiocchi d'avena
Uova	1 bollito
Latte intero	1 tazza
Grassi	1 cucchiaio da tè di burro
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III AB
2	IV
1	VII B
1	I
1	VII A
Pranzo	
Frutta	1 piccola pera
Pane	2 fettine
Carne	3 fettine oppure
Formaggio (tra quelli indicati)	60 grammi
Grassi	5 olive piccole, 1 cucchiaio di maionese per sandwich
Vegetali II A	a volontà: lattuga per preparare un sandwich con tonno e maionese, sedano e carote da mangiare con le olive
Vegetali II B	$^1/_2$ tazza di piselli verdi
Vegetali II B	a volontà
Caffè	se permesso
oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III AB
2	IV
3	V
1	VII B
2	II A
Vegetali a volontà	II A
1 vegetale sostituibile	II B
Cena	
Frutta	$^1/_2$ tazza di mele cotte o 2 albicocche
Pane	1 biscotto o 1 tazza di riso
Carne	100 grammi

Uova	2 bollite
Grassi	1 cucchiaino da tè di burro o 1 cucchiaino di condimento alla francese (aceto, olio e sale)
Vegetali II A	$^1/_2$ tazza di insalata di cavoli conditi con aceto, $^1/_2$ piatto di piselli, $^1/_2$ tazza di rape
Tè	a volontà
Caffè	se permesso
oppure equivalenti	*dalla lista*
1	III
2	IV
3	V
1	VII B
Vegetali a volontà	II A
1 vegetale	II B
2	VII AB
Tè	
Caffè	

Nota: Il *caffè si intende normale a meno che non sia specificatamente escluso oppure siano indicati i decaffeinati.*

SALARE

BEVANDE: **Orzo, caffè HAG, tè a volontà con saccarina o altri dolcificanti (tipo Dietor, Aspartame, Fructan).**
Acqua libera anche durante i pasti, purché minerali non gassate. Escludere tassativamente cartine e bibite.

Quindi, usando solo gli alimenti di tipo *a*, si otterrà un calo di peso più rapido. Gli alimenti di tipo *b* vanno eliminati quando sia necessaria non solo una maggiore rapidità nel perdere peso ma quando sia stata dimostrata un'alterazione nel metabolismo dei grassi, trasformando quindi la dieta da *quantitativa* a *qualitativa e quantitativa.* Considerando come base di calcolo la dieta di 1000 Cal/24 h e aggiungendo a essa progressivamente quantità sempre maggiori di alimenti, si passa alle diete di 1200-1500-1700-1900 Cal. Al di sopra delle 1000 Cal/24 h compaiono gli «equivalenti» o «sostituzioni» che permettono, con quantità e qualità ben definite, eventuali aggiunte e/o cambiamenti ai fini di ottenere una maggiore varietà di cibi che nelle 1000 Cal/24 h non è permessa; e ciò tenendo sempre conto del computo calorico a cui gli equivalenti fanno riferimento. Per quanto riguarda il sale, ho lasciato volutamente uno

spazio libero, dato che le eventuali restrizioni o l'eliminazione dovranno essere dettate solo da considerazioni strettamente mediche. Sarà bene che il lettore ne tenga conto.

Dieta urto

Uso questa dieta nei casi in cui mi rendo conto che il paziente è in «crisi di adattabilità», oppure per ottenere un rapido calo di peso mediante l'eliminazione dei liquidi (nei casi di ritenzione idrica) specie nel pre-mestruo. Per riprendere a calare ci vuole una grossa spinta, tanto più forte quanto più peso si è recuperato dal peso pratico che si era raggiunto; la dieta urto è una dieta molto rigida che richiede una gran forza di volontà, ma che dà ottimi risultati. È divisa per giorni e non, come sin qui ho usato fare, per le 24 ore.

I giorno		
Riposo a letto o poltrona	Solo liquidi a volontà da bere in tre dosi frazionate, oppure continuativamente	Acque indicate Tè Caffè Succhi di frutta Brodo sgrassato di carne
II giorno		
riposo a letto o poltrona	Liquidi come il I giorno più tre porzioni di frutta tra quella indicata	
III giorno		
riposo in casa con moderata attività	Liquidi del I e II giorno; due pasti; 100 g di carne tra quelle permesse; 1 frutto	
IV giorno		
1 ora di passeggiata	Liquidi, eliminando il brodo; Due pasti; carne il III giorno più 50 g di insalata cruda	
V giorno		
1 ora di passeggiata	Come il IV giorno	

VI giorno	
1 ora di passeggiata	Come il V giorno più 1 frutto al mattino
VII giorno	
2 ore di passeggiata	Come il VI giorno per 8 giorni consecutivi o meno a seconda delle necessità

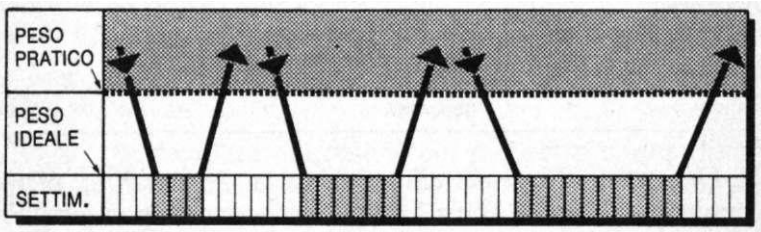
Una volta che si sia eliminata tutta la ritenzione di liquido e che il peso abbia iniziato a scendere si può passare alle 1000 Cal.

Fine dieta e mantenimento

Sono conclusioni importanti. Così come si comincia una dieta questa deve avere un termine. Quale?

1. Arrivare il più possibile vicino al peso ideale.
2. Se ci sono dei medicinali (assegnati per le cause più svariate) devono essere mantenuti. Ci sono malattie che una volta guarite non richiedono più interventi farmacologici, ma alcune disfunzioni glandolari e/o metaboliche non guariscono e sono solo controllabili con farmaci adeguati. La resistenza psicologica dei pazienti a questo fatto è enorme e l'abbandono delle cure assegnate comporta il maggior numero di ricadute.
3. L'ex obeso troppo spesso pensa di poter fare da solo, ma un intervento di controllo semestrale prima e annuale poi da parte del medico facilita il mantenimento dei risultati anche dopo molti anni.
4. Rammentare sempre: *cosa c'è voluto per perdere peso; cosa ci vuole per mantenerlo; cosa ci vorrà per ricominciare a perdere peso.*
5. Il *mantenimento* del peso è la cosa più complicata. Durante i primi sei mesi successivi al raggiungimento del peso stabilito, la facilità nel riguadagnare chili rimane ancora sino a quando non sia avvenuto nel corpo un processo automatico di riequilibrio, di assestamento glandolare e di ridistribuzione del grasso. Il recupero del peso avviene in

modo variabile da persona a persona, secondo la rappresentazione grafica riportata qui sotto:



Rappresentazione grafica del recupero di peso, a peso ideale raggiunto, variabile da persona a persona.

L'ideale è restare al centro della curva ponderale. Questa è più stretta per alcuni, mentre per altri è più larga anche a parità di alimenti assunti; ma ciascuno deve trovare il suo «punto d'equilibrio». La bilancia quotidiana al mattino e una piccola agenda sulla quale scrivere giorno per giorno le variazioni rispetto alla dieta-base sono di estrema utilità, dato che la differenza tra la quantità di cibo da ingerire per perdere peso e quella sufficiente per riprenderlo è talora veramente piccola. Nel momento in cui la curva ponderale incrocia salendo la riga del peso pratico, bisogna fermarsi, non abbassare la guardia e riprendere la dieta stretta, diminuendo pian piano l'apporto calorico dalle 1900 Cal (se si è arrivati a questo livello) sino alle 1000 Cal. È una questione di allenamento, necessario per la sindrome «umore-cibo». L'obesità è sempre in agguato per chi è stato «grasso». La battaglia per calare di peso è stata eccitante e divertente, ma attenzione alla «routine» quotidiana. Le cellule di grasso si sono svuotate, ma hanno diminuito solo il loro volume e sono in agguato, aspettando solo di essere nuovamente riempite. Un individuo magro può, nel caso che si tratti di *obesità ipertrofica,* ingrassare e anche molto, ma una volta che voglia tornare magro vi riesce con relativa facilità, anche a rimanervi, mentre un individuo affetto da *obesità iperplastica* può decidere di dimagrire e con successo, ma il mantenimento del

peso sarà sempre legato a una costante educazione fisico-alimentare e a cure mediche.

Attività fisica

Poche parole per tanti luoghi comuni: *è inutile programmare una dieta senza aver chiaro in mente anche un programma di attività fisica.* Ogni età ha il suo sport. La pigrizia delle persone obese è una cattiva abitudine inveterata, che raramente riesco a rimuovere. L'obeso è freddo (in tutti i sensi) e lento, mentre le persone magre sono calde e rapide; il primo se si muove non suda, il secondo sì. Gli obesi non disperdono calore mentre i magri sì. In tanti anni di pratica professionale non ho mai visto grandi risultati dati da piscine o palestre e «Health Clubs» che diventano più luoghi di incontro sociale che non luoghi per fare sport. Nei climi freddi con lunghi inverni hanno un'utilità pratica, ma da noi ovviamente un po' meno. Alla base di questa scarsa efficacia nel far perdere peso ritengo vi sia anche una questione di ossigenazione dei grassi che in effetti vengono bruciati in modo migliore e più rapido in presenza di ossigeno (nei luoghi chiusi ce n'è pochino...). Tutto ciò è da dimostrare con ricerche sistematiche, ma è suffragato dall'esperienza diretta. Le palestre sono utili per rinforzare i muscoli *(body building),* ma non per perdere grasso, almeno nel modo in cui sono usate dalla maggior parte dei miei pazienti obesi. La donna è poco educata (dalla società) a sforzi fisici veramente duri; viene allevata nell'idea che il corpo sia un oggetto di desiderio sessuale, non un *unicum* organico forte e vitale. Si spendono ore nei saloni di bellezza e dai parrucchieri per curare quel poco che si vede all'esterno, ma perché non dedicare altrettanto tempo per ciò che si nasconde sotto i vestiti? Il corpo deve essere considerato dalla donna come qualcosa di funzionale, non di estetico. Le ragazzine corrono, saltano; ma quando crescono viene detto loro che camminare in montagna è poco femminile, correre sotto la pioggia rovina i capelli, correre al sole rovina la pelle e via di seguito. L'uomo è leggermente più avvantaggiato, ma di poco, se non vince anche lui la pigrizia. Nell'esercizio fisico vero

(quello utile al fine di perdere peso) bisogna avvertire il fiato corto, sentire il cuore che batte più veloce e sudare copiosamente.

Per sudare sono completamente inutili le tute di plastica che trasformano le donne in bistecche da supermercato. Il sudore deve evaporare e non restare sulla pelle (in questo caso c'è anche il pericolo di un colpo di calore). Una volta che la tuta di plastica si è bagnata si smette di sudare. Insomma non serve «vedere» il sudore per essere soddisfatti; bisogna lasciarlo evaporare; solo così si disperde veramente il grasso.

Lo sport non aumenta la fame. Questo si vede negli spot televisivi. I «grassi» confondono il benessere fisico dato dallo sport con la sensazione della fame (imbrogliano sempre le carte...). La medicina sportiva raccomanda di non mangiare prima di un'ora dopo aver cessato il movimento, per non dirottare sullo stomaco il sangue che invece deve andare ai muscoli per asportare i prodotti di scarto e i metaboliti della contrazione muscolare: l'acido lattico. È dimostrato che l'acido lattico agisce come inibitore proprio sui centri ipotalamici della fame.

Inefficacia (o quasi) di interventi/miracolo dall'esterno. Con le saune si perde liquido e basta. Il massaggio manuale è utile per ridare tono ai muscoli e accelerare il processo di eliminazione dell'acido lattico ed è la cosa migliore dopo una sana pratica sportiva. Ma la maggioranza delle persone si alzano dal letto per sdraiarsi su un altro e, facendosi più o meno violentemente accarezzare i fianchi, credono di dimagrire; stessa cosa per le vasche da idromassaggio, le creme dimagranti e via di seguito. Tutti miraggi sostenuti da una pubblicità mistificatoria.

Camminare a piedi, correre e saltare a corda. Ritengo che sia ancora quanto di meglio si possa consigliare. Dire a una madre di famiglia, obesa per giunta, di giocare a tennis o andare a cavallo è poco realistico. Camminare, dunque.

a. Non costa nulla e non servono attrezzature speciali.
b. Non ci sono tasse d'iscrizione.
c. Aumenta il benessere e il tono fisico e favorisce (con

una dieta appropriata) una perdita di peso rapidissima. Molta gente calando di peso diviene flaccida; il camminare previene questo pericolo.

d. Si può cominciare piano per poi aumentare gradatamente (correndo per qualche minuto e poi ritornando al passo), saltare a corda e così via di seguito.

e. Si può fare sempre e dovunque e a qualsiasi ora.

f. Il peso deve essere spostato con le proprie forze e più si pesa più si bruciano energie; è la sola ed unica volta in cui il grasso lavora per la persona obesa. La bicicletta da camera diminuisce la fatica del trasporto del peso di circa due terzi! Il nuoto (per la legge di Archimede) della metà, dato che più si pesa e più si galleggia!

g. Arrivare a piedi da qualche parte costringe anche a ritornare.

h. E' consigliabile, per raggiungere risultati seri, camminare con orologio alla mano e per un'ora di seguito (un'ora = 5 km). Misurare sia il tempo che la distanza.

Scuse per non camminare. Riporto le frasi di alcuni miei pazienti:

a. mi manca il tempo;

b. lavoro tutto il giorno e quando vado a casa non me la sento davvero!

c. vivo in città, la sera è buio e ho timore di uscire;

d. vivo in campagna e proprio non so dove andare senza marciapiedi e con le strade sconnesse;

e. cammino chilometri (?) sul posto di lavoro...

f. fa caldo, fa freddo, piove ed è umido, c'è vento, c'è polvere, l'aria è inquinata, le mosche, le zanzare ecc.;

g. mi fa male la schiena, mi fa male il ginocchio, mi fanno male i piedi ecc.

Su nessun giornale c'è scritto «camminate e dimagrite», dato che su questa attività ci guadagna soltanto chi la pratica; non come avviene per la danza moderna e le ginnastiche aerobiche, che pure farebbero molto bene dopo aver camminato per rendere più fluidi ed eleganti i movimenti. Camminare da soli, a meno che non si occupi la mente con qualcosa, è noioso; ma se è difficile spostare un pigro

obeso, figuratevi la fatica che si deve fare per farne muovere due o tre insieme...

Non esiste grasso duro o grasso morbido. Il grasso è grasso e basta. I muscoli e la pelle possono essere più o meno elastici, ma il grasso è solo di *recente* oppure di *vecchio deposito.* Quello di recente formazione è più facile da rimuovere che non quello già sclerotizzato. Il grasso si può solo bruciare spendendo energie e riducendo l'apporto calorico dato dall'alimentazione.

Solo l'esercizio aiuta seriamente nel mantenimento del peso. Purtroppo ho molti pazienti che dicono di preferire la dieta alla fatica fisica. Sono casi disperati.

Gradualità nel cominciare l'attività sportiva. Il vostro medico personale, un buon allenatore, un buon centro sportivo vi forniranno i consigli utili ad affrontare una corretta attività fisica. Non praticate alcun tipo di sport se non siete sicuri di poterlo fare senza danni.

Ciascuno scelga il suo movimento o sport preferito. E, perché no, anche il più pratico e il meno costoso.